

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR LE

N°
544

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

Par GUSTAVE ZEIMET

Né à Mayence, le 19 septembre 1865

Ancien interne en médecine des Hôpitaux de Paris

LES RÉSULTATS

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. DELENS,
HUMBERT, } *agregés.*
POIRIER,

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE **544** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1898, à 1 heure

Par GUSTAVE ZEIMET

Né à Mayence, le 19 septembre 1865
Ancien interne en médecine des Hôpitaux de Paris

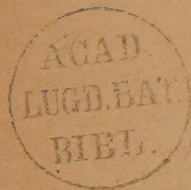
LES RÉSULTATS

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. DELENS,
HUMBERT, } agrégés.
POIRIER, }*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Avant d'entrer en matière, nous voulons remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Que MM. les D^{rs} Bourneville, du Castel, Labadie-Lagrave et Gérard-Marchant dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, veuillent bien croire à toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont accordé et la bienveillance qu'ils nous ont montrée.

M. le D^r Marchand chez qui nous avons terminé notre internat nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous l'en remercions bien vivement ; nous ne saurions oublier la liberté qu'il nous a laissée dans son service ni l'amitié qu'il nous a constamment témoignée.

Nous avons été en qualité d'interne provisoire l'élève de MM. les D^{rs} Jalaguier et Routier et nous regrettons bien de n'avoir pu l'être plus longtemps.

Deux de nos maîtres d'externat ne sont plus : Germain Sée et Prengrueber ; nous gardons respectueusement leur souvenir.

Jamais nous n'oublierons les excellentes leçons de MM. Richardièrre et Babinski pendant notre année d'externat à la maison Dubois.

M. le professeur Le Dentu nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer toute notre gratitude.

INTRODUCTION

Exécutée pour la première fois par Kœberlé (1869), répétée par Sims, Schröder, L. Tait, Olshausen (1886), Klotz (1887), Kelly, Sænger, Terrier et Picqué (1888), l'hystéropexie abdominale a été très souvent appliquée depuis au traitement des déviations utérines et des prolapsus, mais surtout des rétrodéviations.

Nous nous proposons d'étudier :

1°) Le résultat anatomique de l'opération.

2°) Le résultat fonctionnel, c'est-à-dire l'influence de l'hystéropexie sur les symptômes (douleurs, troubles menstruels, dyspepsie, phénomènes nerveux, etc.) qui accompagnent souvent les déviations.

3°) Les complications et les troubles fonctionnels qui peuvent survenir du fait de cette intervention.

4°) L'influence de l'hystéropexie sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

CHAPITRE PREMIER

Résultat anatomique de l'hystéropexie.

L'examen ultérieur des malades montre la position de l'utérus et permet d'apprécier sa mobilité et ses connexions avec la paroi abdominale; d'autre part on a pu faire ces constatations au cours d'une intervention consécutive ou à l'autopsie. Nous pouvons donc nous rendre compte du résultat anatomique par des *faits cliniques* ou par *constatation directe*.

§ 1. — Constatation clinique du résultat anatomique de l'hystéropexie dans le traitement des rétro-déviation.

Spaeth (1) rapporte les résultats de 15 cas opérés par Prochownick. Dans 3 cas, il s'agissait de rétro-déviation mécanique (fibrome, kyste de l'ovaire); dans les autres de rétro-déviation adhérentes avec ou sans lésion des annexes. Le procédé employé fut tantôt celui d'Olshausen, tantôt celui de Léopold, assez souvent une combinaison des deux. Dans les 15 cas, l'utérus était resté en antéversion-antéflexion au moins un an après l'opération.

En 1893 Spaeth (2) a ajouté 10 cas nouveaux. Sur ces 25 opérées, 3 étaient mortes de maladie intercurrente, 4 ans 1/2, 2 ans et 1 an après l'opération; l'utérus était resté fixé à la paroi abdo-

(1) SPAETH, Zur ventrofixatio uteri. *Deutsche. med. Wochens.*, 1889, n° 35.

(2) SPAETH, *Centrabl. f. Gynæk.*, n° 43.

minale. Sur 21 opérées revues, 17 avaient l'utérus en antéflexion fixée, 4 récidives.

Flaischlen (1) donne les résultats de 45 opérations, l'une faite depuis 5 ans, quelques autres depuis 2 ans. Une seule récurrence ; dans les autres cas, l'utérus était en antéversion-antéflexion, attaché à la paroi abdominale, mais plus ou moins mobile. Le procédé a été celui de Léopold.

Olshausen (2) relate l'examen clinique ultérieur de 13 cas opérés par lui selon son procédé, 9 rétroflexions adhérentes et 4 mobiles ; dans le premier groupe, 5 opérations remontent à 22 mois au moins ; pas de récurrence, l'utérus antéfléchi, un peu mobile, reste fixé à la paroi.

Une récurrence dans un cas de rétroflexion mobile ; quelques mois après l'intervention la malade sentit un jour une violente douleur dans l'abdomen, et le lendemain on trouva l'utérus rétroversé et abaissé.

Klotz (3) a fait, depuis 8 ans, 97 ventrofixations avec 5 récidives.

Dans les premières années, il fixait l'utérus par l'intermédiaire des pédicules des annexes (fixation indirecte) et le maintenait en avant par un drain de verre placé dans le Douglas. Actuellement il ne pratique plus que le procédé de Léopold ; l'étaçonnage par un drain de verre lui avait donné 4 échecs sur 38 cas.

Buschlek (4) a publié 54 cas opérés dans la clinique de Léopold.

(1) FLAISCHLEN, Zur ventrofixatio uteri. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, t. XXX, p. 525, 1894.

(2) OLSHAUSEN, Ueber Behandlung der retrodeviationen des uterus, *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, XXXII, p. 1.

(3) KLOTZ, *Société de gynéc. de Dresde*, mars 1896.

(4) BUSCHLEK, Zur operativen Behandlung der retroflexio uteri. *Archiv. f. Gynäk.*, 1897, tome LII, p. 453.

Quarante et une femmes ont été revues ; pas de récédive ; ces cas se décomposent ainsi :

2 cas opérés depuis plus de 5 ans.				
11	—	—	5	» au moins
6	—	—	4	» —
6	—	—	3	» —
8	—	—	2	» —
8	—	—	1	» —

Une malade a été opérée 2 fois ; après la première intervention, elle avait été très agitée ; les fils avaient coupé.

Jacobs (1) nous a donné également sa statistique.

60 hystéropexies abdominales.

31 guéries depuis un an.

14 cas où la situation de l'utérus est restée la même qu'avant.

Howard Kelly (2) a fait 219 fois la ventro-suspension ; il ne connaît que quatre récédives. Mais il n'a pas revu toutes ses opérées et ne donne pas le chiffre de celles qu'il a réexaminées.

Penrose (3) a fait l'année précédente 21 ventro-suspensions selon la méthode de Kelly, il y a eu 7 échecs.

Kuestner a apporté au *Congrès de Genève* (1896), une statistique de 934 cas d'hystéropexie avec 25 récédives.

Cette statistique, formée de cas opérés par des procédés différents, laisse prévoir que tous donnent des succès.

De fait la méthode d'Olshausen a fait ses preuves entre les mains de son auteur.

M. le Dr Pozzi (4) y est actuellement revenu.

(1) JACOBS, *Société belge d'obst. et de gyn.*, 5 janvier 1896.

(2) HOWARD KELLY, *Americ. J. of med. sciences*, décembre 1896.

(3) PENROSE, *Americ. J. of obstetrics*, décembre 1896.

(4) POZZI, *Traité de gynécologie*, 1897.

Les cas de Fleischlen et de Buschlek montrent l'excellence du procédé de Léopold qui a du reste modifié un peu sa manière de faire, il ne pratique plus l'avivement de l'utérus. Dans son procédé primitif (1) il passait 3 fils par le fond, un au niveau de l'insertion des trompes, un autre en avant du premier, le troisième en arrière. Actuellement (*Congrès allemand de gyn. de Leipzig, 9 juin 1897*), il ne place plus que deux fils, l'un et l'autre en avant de la ligne d'insertion des trompes.

Le procédé complexe employé par Prochovnik assure également la correction de la déviation utérine.

Le procédé primitif de Kelly ressemble à l'opération d'Olshausen; mais il fixait l'utérus au péritoine seulement. Depuis, il y a renoncé et actuellement (2) il attache l'utérus par 2 soies, l'une passant par le fond, l'autre par la face postérieure, et traversant d'autre part toute l'épaisseur de la paroi abdominale; c'est à peu près le procédé de Léopold, sauf que les fils prennent l'utérus plus en arrière.

Nous concluons que le redressement de l'utérus peut être obtenu presque certainement par tous les procédés d'hystéropexie abdominale, à condition de prendre une assez grande épaisseur de tissus dans l'anse des fils fixateurs.

§ 2. — **Constatacion clinique du résultat anatomique de l'hystéropexie dans le traitement des prolapsus.**

Il est indispensable d'envisager séparément les cas où l'hystéropexie a été faite seule et ceux où elle a été accompagnée d'opérations sur le col, le vagin ou le périnée.

(1) LÉOPOLD, *Sammlung klin. Vorträge*, 1889, n° 333.

(2) KELLY, *loco cit.*

A. — L'hystéropexie a été faite seule.

Engstrøm (1) n'a pas eu de récurrence dans 2 cas, opérés par le procédé de Czerny, l'un depuis 2 ans 1/2, l'autre depuis 1 an 1/2.

Læhle (2) : femme D..., trente ans, accouchement en 1886, déchirure du périnée et prolapsus utérin consécutif. Colpopéri-néorrhaphie, 2^e accouchement en 1890, récurrence du prolapsus ; en 1892 ventrofixation ; accouchement en décembre 1893 ; pas de récurrence (Procédé analogue à celui de Sænger).

Kuestner (3) fit une ventrofixation (procédé Léopold) pour rétro-flexion accompagnée de prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Accouchement ; un an après pas de récurrence.

Kaltenbach (4) : femme, 32 ans, prolapsus et rétroflexion. Procédé complexe d'hystéropexie (Olshausen et Sænger). Il y eut suppuration et fistule au niveau de la corne gauche ; plus d'un an après, l'utérus est en bonne position, les parois vaginales sont un peu tombantes.

Olshausen (5) a fait l'hystéropexie pour prolapsus à l'occasion d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire ; le résultat était bon 1 an 1/2 après.

Præger (6) cite un succès durable dans un cas absolument analogue au précédent (prolapsus, kyste de l'ovaire, ascite très abondante).

Un fait à rapprocher des deux derniers est celui de Moreau (7).

(1) ENGSTRØM, *Centralb. f. Gynäk.*, 1893, n° 2.

(2) LOEHLEIN, *Deut. med. Wochens.*, 1894, p. 241.

(3) KUESTNER, obs. rapportée par MILENDER, *Zeitsch. f. Geburt. u. Gynäk.*, XXXIII, 464.

(4) KALTENBACH, *Zeitsch. f. Geburt. und Gynäk.*, XXX, 525.

(5) OLSHAUSEN, *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, n° 43.

(6) PRÆGER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 278.

(7) MOREAU, *Soc. d'obst. et de gyn. de Bruxelles*, 1893.

Nous ne citerons pas tous les cas donnés comme succès et où l'opération remonte à quelques mois seulement ; tels sont des cas de Kuestner, de Terrier, Debrunner (1).

Par contre nous avons trouvé de nombreux échecs survenus rapidement : Olshausen (2) ; Lomer (3) ; Driner (4) ; Lion (5) ; Kümmell (6) ; Halbertsma ; Brenneke (7) ; Mueller (8).

Chaput (9) rapporte 2 observations d'hystéropexie pour prolapsus total ; récidive très rapide ; dans un cas, l'utérus était resté attaché à la paroi abdominale.

Dans les cas de Winson Ramsay (10), Poltowicz (11), Rubeska (12), Buschlek (13), le prolapsus se reproduisit bien que l'utérus restât solidement fixé à la paroi abdominale. Dans le cas de Ramsay quelques mois après l'hystéropexie, le col sortait de la vulve ; l'auteur fit l'hystérectomie et vit que l'utérus adhérait fortement à la paroi abdominale.

B. — L'hystéropexie a été le complément d'autres opérations.

Neugebauer (14) fit la ventrofixation et une colpopérinéorrhaphie pour un prolapsus chez une vierge ; récidive ; le col sortait de la

(1) DEBRUNNER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, p. 711.

(2) OLSHAUSEN, *loc. cit.*

(3) LOMER, *Soc. d'obst. de Hambourg*.

(4) DRINER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1893, n° 28.

(5) LION, 2 cas, th. de Breslau, 1895.

(6) KÜMMELL, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, p. 231.

(7) HALBERTSMA ; BRENNKE, *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 2.

(8) MUELLER, 3 cas rapportés par KALTENBACH, *loc. cit.*

(9) CHAPUT, Traitement des prolapsus génitaux. *Archives de tocologie*, 1894, p. 107.

(10) WINSON RAMSAY, *Lancet*, 1896, avril.

(11) POLTOWICZ, *Rev. méd. Suisse romande*, 1895, n° 21.

(12) RUBESKA, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, p. 713.

(13) BUSCHLEK, *loco citato*, obs. 18.

(14) NEUGEBAUER, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, p. 771.

vulve ; l'utérus était resté adhérent à la paroi abdominale qui avait été entraînée par le prolapsus et déprimée en entonnoir.

Engstrœm, Debrunner, Westphal (1), Euren (2) ont obtenu de bons résultats.

Condamin (3) a fait en 1893 une hystéropexie et périnéorrhaphie pour prolapsus consécutif à une déchirure du périnée ; à la fin de 1894, la femme était enceinte de 6 mois, et sans récidence.

Lindfors (4) : f. D. prolapsus du vagin avec hypertrophie du col ; orifice du col très petit ; règles peu abondantes. Début il y a 15 ans, stérilité. Colpopérinéorrhaphie sans succès.

En 1894, fixation du fond de l'utérus à la paroi abdominale et périnéorrhaphie de L. Tait.

En août 1896, accouchement gémellaire. La rigidité du col oblige à faire des incisions. Extraction des 2 fœtus au forceps. L'utérus resta fixé et le prolapsus ne reparut pas.

Cholmogoroff (5) : f. EE. 33 ans, 4 accouchements ; à la suite du dernier, prolapsus du vagin ; utérus volumineux abaissé. En 1894 en trois séances opératoires, ventrofixation (procédé de Léopold), colporrhaphie ant. et colpopérinéorrhaphie. Accouchement en 1896. Col rigide, incisions sur le col, extraction du fœtus au forceps ; légère hémorrhagie par inertie utérine.

En 1897, l'utérus en antéflexion-version normale, est petit, mobile, mais fixé à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, sans qu'on puisse sentir une bride fixatrice. Vagin étroit ; périnée résistant.

(1) ENGSTROEM, DEBRUNNER, WESTPHAL, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 4.

(2) EUREN, *Hygiea*, 1896, n° 1.

(3) CONDAMIN, *Lyon médic.*, 1895, 2 janv.

(4) LINDFORS, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897.

(5) CHOLMOGOROFF, *Centralbl. f. Gyn.*, n° 24, 1896.

Milænder (1) décrit un cas de prolapsus remontant à 10 ans ; accouchement deux ans après sans récurrence. (Femme A. S... opérée par Kuester ; cette observation sera donnée plus loin.)

Lion (2) rapporte les résultats de 56 cas d'hystéropexie combinée avec des opérations sur le col, le vagin et le périnée. L'opération remontait à 2 ans au moins.

31 guérisons complètes ;

19 récurrences partielles ;

4 échecs (dans deux cas, l'hystéropexie avait été faite seule).

La conclusion qui se dégage de toutes ces observations est que l'hystéropexie ne saurait suffire toute seule au traitement des prolapsus. Toutefois, il faut mettre à part les cas où il y a en même temps une tumeur abdominale ; dans les trois observations de Sænger, Præger, Moreau, la guérison a été durable ; le fait est signalé par M. le Dr Pozzi dans la dernière édition de son *Traité de gynécologie*, précisément à propos du cas de Sænger et d'un autre de Philipps. Dumoret (3) cite 8 succès (un de Pozzi) sur 11 opérations de ce genre.

Quand une tumeur abdominale s'accompagne d'ascite abondante, le prolapsus est peut-être influencé par l'épanchement. Dans un cas de Præger (4), une ascite survint très rapidement chez une malade ayant un kyste proliférant de l'ovaire ; en même temps un prolapsus préexistant prit un accroissement subit. Cela explique peut-être le succès de l'hystéropexie dans ces cas.

(1) MILÆNDER, *Zeitschf. Geburtsh. und Gynäk.*, XXXIII, 464.

(2) LION, Th. Breslau, 1895.

(3) DUMORET, Th. Paris, 1889.

(4) PRÆGER, *loc. cit.*

Dans d'assez nombreux cas (Chaput, W. Ramsay, Poltowicz, Rubeska, Buschlek, Neugebauer) le prolapsus récidiva, mais l'utérus resta fixé ; il nous semble que c'est la preuve expérimentale du rôle effacé que joue le poids de l'utérus dans la production des prolapsus, et la preuve aussi de l'inanité de l'hystéropexie en pareil cas.

Combinée avec d'autres interventions, la ventrofixation donne de meilleurs résultats ; mais on ne peut la regarder que comme une opération complémentaire d'une efficacité douteuse.

En somme l'hystéropexie ne doit pas être employée seule en cas de prolapsus, sauf si ce prolapsus paraît dépendre d'une tumeur abdominale.

Peut-être trouve-t-elle son indication, en même temps que les opérations plastiques, quand celles-ci ont échoué ou bien quand l'utérus très volumineux paraîtra avoir joué un rôle dans la production du prolapsus.

§ 3. — **Constataction directe du résultat anatomique de l'hystéropexie.**

Nous avons rencontré 3 cas où cette constataction fut faite à l'autopsie, peu de jours après l'opération.

PRÆGER (1) : femme M..., 39 ans. Six accouchements. Prolapsus depuis 12 ans.

Depuis les dernières semaines, forte augmentation du ventre ; vomissements répétés ; dyspnée ; forte exagération du prolapsus. Ascite abondante dans laquelle on sent une tumeur bosselée.

Opération le 20 novembre 1889 ; les deux ovaires présentent chacun une tumeur kystique. Ventrofixation complexe par le procédé d'Olshau-

(1) PRÆGER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 278.

sen (fixation par les pédicules) et celui de Léopold (fixation par le fond).
Mort le 23 novembre.

AUTOPSIE. — Une anse intestinale est adhérente au niveau de la suture. Grand épiploon enroulé sur lui-même à la partie supérieure de la cavité péritonéale.

De l'insertion du mésentère partent plusieurs cordons tendus qui étranglent plus ou moins une anse de l'intestin grêle ; l'iléon est météorisé ; le côlon ne l'est pas. Le corps de l'utérus est étroitement appliqué contre la paroi, après section de la suture fixant le fond, il tombe en arrière autant que le permettent les pédicules attachés à la paroi : ceux-ci sont tellement adhérents qu'il faut les libérer au couteau.

GOTTSCHALK (1) : Ventrofixation pour rétroflexion mobile accompagnant un kyste de l'ovaire gros comme une tête d'homme (fixation du fond par 2 fils de soie ; suture séparée du péritoine).

Le 9^e jour après l'opération, dyspnée, cyanose, avec un peu de fièvre.

Le 17^e jour, la malade voulant se soulever pour boire, mourut instantanément.

AUTOPSIE. — Embolie pulmonaire bilatérale, l'une ancienne, l'autre récente. Phlébite du plexus spermatique. Pas de suppuration de la plaie abdominale ni du pédicule. Pas de signes d'irritation du péritoine. Les bords de l'incision du péritoine sont réunis linéairement. Le fond de l'utérus est adhérent sur la ligne médiane ; l'adhérence ne s'est pas faite au point de pénétration des fils, mais par la surface qui était appliquée contre la paroi abdominale ; partout ailleurs l'utérus est libre.

FROMMEL (2) : femme F... Douleurs et métrorrhagies à la suite d'une infection puerpérale. Utérus un peu gros, rétrofléchi, adhérent.

Opération le 4 janvier 1893. L'utérus est fixé par de nombreuses brides étendues de sa face postérieure aux annexes et au rectum. Après destruction de ces adhérences, on fixe l'utérus en faisant passer par le fond les deux fils de suture inférieurs de la plaie abdominale. Mort soudaine le 14^e jour.

(1) GOTTSCHALK, *Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn.*, XXXVII, 1895.

(2) FROMMEL, *Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn.*, XXXVII, p. 291.

AUTOPSIE. — Dans le poumon droit, un embolus dont on ne trouva pas l'origine. Utérus fixé à la paroi sur une surface grande comme une pièce de 5 francs. Il fallut déployer une grande force pour rompre cette adhérence.

C'est surtout à l'occasion d'une laparotomie ultérieure qu'on a pu se rendre compte du mode de fixation de l'utérus. On a trouvé tantôt des adhérences, minces, surtout péritonéales, peu solides ; dans d'autres cas l'utérus était attaché par des tractus fibreux, quelquefois très épais.

Adhérences minces, peu solides. — Nous devons à l'obligeance de notre collègue et ami le Dr Ouvry l'observation suivante :

F. G..., 43 ans ; en 1895, ablation bilatérale des annexes, par M. le Dr Chaput, à cause des ménorrhagies abondantes et douloureuses.

En 1896, elle entre à Tenon ; les pertes avaient recommencé. Curetage sans résultat. Laparotomie par M. le Dr Gérard-Marchant ; l'utérus fut trouvé suspendu à la paroi par deux crins de Florence, enveloppés d'une mince trame conjonctive. Les crins formaient deux cordons longs d'environ 2 centimètres, leur section ne s'accompagna d'aucun écoulement de sang.

Dans un cas de Penrose (1), l'utérus fut trouvé suspendu par une sorte de méso péritonéal adhérent par un bord à la paroi abdominale et par son extrémité inférieure au fond de la matrice. L'utérus était très mobile et depuis l'opération avait repris une position tout à fait normale.

Dacosta (2) a fait une laparotomie après hystéropexie ; le fond de l'utérus donnait insertion à une bride mi-séreuse, mi-fibreuse, juste assez solide pour soutenir l'organe.

(1) PENROSE, A. uterus removed eighteen months after the operation of ventro-suspension. *Americ. J. of obst.*, 1896, n. 34.

2) DACOSTA, *Amer. J. of obst.*, 1896, p. 177.

Howard Kelly (1) a constaté plusieurs fois qu'après la ventro-suspension, l'utérus était maintenu par un tractus mince et allongé, promettant une mobilité assez étendue (2).

Dans une observation de Peterson (obs. 5, *ablation bilatérale des annexes et hystéropexie*) la malade présenta deux mois après l'opération des phénomènes d'étranglement interne ; laparotomie, destruction d'une bride ; mort 24 heures après.

L'*autopsie* montra l'utérus en bonne position ; les pédicules des annexes adhéraient lâchement à la paroi. La bride qui avait causé l'étranglement n'avait de connexions ni avec l'utérus ni avec les pédicules.

Dans un autre cas (obs. 13) une laparotomie ultérieure montra l'utérus non adhérent à la paroi, mais maintenu par les pédicules fixés peu solidement.

Adhérences plus larges, solides. — Hildebrandt (3) rapporte l'histoire d'une femme ayant de l'endométrite, de la rétroflexion, avec douleurs vives pendant les règles surtout, et idées de suicide. L'hystéropexie ne produisit pas d'amélioration. On résolut alors de faire la castration. On trouva l'utérus fixé dans son quart supérieur par une sorte de pont très chargé de graisse. L'ovaire droit contenait un kyste dermoïde assez volumineux. Guérison.

Newman (4), à la suite de l'ablation bilatérale des annexes et de l'hystéropexie (2 fils passant par la partie la plus élevée de la face postérieure) vit survenir une fistule utéro-abdominale. Il fit alors l'hystérectomie vaginale ; l'opération fut difficile à cause de l'union de l'utérus à la paroi ; ne pouvant déchirer l'adhérence

(1) HOWARD KELLY, *loc. cit.*

(2) PETERSON, Suspension of the retrodispland uterus by the utero ovarian ligament. *Amer. J. of obst.*, XXXI, p. 346.

(3) HILDEBRANDT, *Deut. med. Wochensch.*, 1897, p. 804.

(4) NEWMAN, *Amer. J. of obst.*, XXXI, p. 884.

avec les doigts, il la détacha en entamant les couches superficielles du muscle utérin. Sur la pièce, il vit que l'insertion de la bride fixatrice avait 3 pouces dans un sens, 1 pouce 1/2 dans l'autre. Guérison.

Jacobs (1) en enlevant l'utérus d'une femme hystéropexiée par lui, trouva l'organe fixé par un tractus long de 4 centimètres et épais de 3 centimètres. L'opération fut très difficile. Une semaine après, étranglement interne ; laparotomie ; le tractus qui avait été laissé en place, avait contracté des adhérences et était l'agent de la compression de l'intestin. Il l'extirpa ; mort le lendemain.

Dans un autre cas, la palpation montrait l'utérus en bonne position et fixé par un cordon facile à sentir. Une double annexité nécessita une nouvelle intervention. Profitant de son expérience, il fit d'abord une incision abdominale, détruisit la fixation et ensuite fit l'hystérectomie vaginale.

Dans un troisième cas de Jacobs, rapporté par Flaischlen (2), l'hystérectomie faite pour cancer montra l'utérus attaché à la paroi par un pédicule long de 6 centimètres.

Freeborn (3), à l'autopsie d'une femme morte de septicémie puerpérale, vit le fond de l'utérus fixé par un tissu fibreux dense, résultat d'une hystéropexie.

Dans l'observation XIV de Poltowicz (4) on fit l'hystérectomie vaginale pour cancer, un an après l'hystéropexie ; l'utérus était tellement fixé qu'il fallut renoncer à l'opération vaginale et terminer par laparotomie.

(1) JACOBS, *Polyclin.*, 1893, n° 24.

(2) FLAISCHLEN, *loc. cit.*

(3) FREEBORN, *Amer. J. of obst.*, t. XXXII, p. 158.

(4) POLTOWICZ, *loc. cit.*

Henrotay (1) fit l'hystéropexie pour rétroversion utérine accompagnée de douleurs violentes et continuelles. Pas d'amélioration, huit mois après, hystérectomie qu'il ne put achever qu'après laparotomie ayant permis de détruire l'adhérence de l'utérus à la paroi.

Rapin (2). Femme rachitique, bassin généralement rétréci. Hystéropexie par Roux en 1895 pour rétro-flexion. Grossesse ; la femme se présenta étant presque à terme ; on dut faire l'opération césarienne. Incision de 12 à 13 centimètres de long ; section à petits coups du tissu cicatriciel jusqu'à l'utérus qui fut ouvert à la partie supérieure de l'incision abdominale. L'adhérence était si étendue que nulle part l'intestin ne put se montrer, sauf à la partie tout à fait inférieure de l'incision.

A von Guérard (3) fit la laparotomie à cause d'une grave hémorrhagie de la délivrance ; l'épiploon adhérait sur une petite étendue à l'utérus ; excision de la bride fixatrice sous forme d'un coin assez large et comprenant une partie de l'épaisseur du muscle utérin.

Dans le cas de Goubaroff (4) l'utérus était attaché sur toute la longueur de la cicatrice par une sorte de cloison épaisse d'un travers de doigt ; celle-ci avait déterminé une encoche profonde sur le bord supérieur de l'utérus.

Pourquoi l'utérus contracte-t-il dans certains cas des adhérences si étendues et si fortes ? La question présente un grand intérêt ; car la plupart des troubles graves de l'accouchement relèvent d'une immobilisation trop forte de l'utérus.

(1) HENROTAY, *Soc. belge d'obs. et de gyn.*, décembre 1895.

(2) RAPIN, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895, p. 213.

(3) A VON GUÉRARD, *Kœliotomie bei Geburtsstörung nach ventrifixat. Centralbl. f. Gynök.*, 1896, n° 20.

(4) GOUBAROFF, *Semaine méd.*, juin 1895.

Faut-il accuser la nature des fils ? Dans le cas cité de M. le Dr Chaput, l'utérus n'était maintenu que par les crins. Dans d'autres où on avait employé le crin (Noble, Noris, Goubaroff) et sur lesquels nous reviendrons, l'utérus adhérait très largement à la paroi.

Beaucoup de chirurgiens n'emploient pas de fils résorbables, de crainte de la récurrence. Nous avons eu l'occasion d'examiner sept mois après l'intervention une malade opérée par notre maître M. le Dr Marchand ; l'utérus était parfaitement fixé, alors que les fils étaient depuis longtemps résorbés.

Flaischlen (1) pense qu'il faut employer au moins 2 fils, il a vu une récurrence rapide après l'emploi d'un seul qui cependant dans d'autres cas a suffi à fixer l'utérus.

Dans l'observation de Poltowicz où l'adhérence était telle qu'on ne put achever l'hystérectomie vaginale et dans celle de Rapin, l'opération avait été faite selon le procédé de Roux qui place 3-4 fils étagés sur la face antérieure de l'utérus.

La profondeur du trajet des fils paraît avoir une certaine influence sur la solidité de la fixation. Si l'on ne prend que le péritoine, les récurrences sont assez fréquentes (2). Mais après l'emploi du procédé de Léopold (fils à travers l'épaisseur de la paroi abdominale) l'utérus a souvent une certaine mobilité, au moins au bout d'un certain temps.

Est-ce l'avivement des surfaces à unir qui cause les adhérences dangereuses ? Gottschalk le pense et recommande la suture séparée du péritoine, pour que l'utérus ne soit pas en contact avec une surface cruentée. On a recommandé aussi de ne pas saisir

(1) FLAISCHLEN, *loc. cit.*

(2) PENROSE, *loc. cit.*

l'utérus avec des pinces à traction dont chaque dent fait une petite plaie.

Mais quoi de plus fréquent que des adhérences pathologiques extrêmement fortes, produites entre deux surfaces séreuses, sans aucun avivement préalable ? Et quand on pratique l'hystéropexie, n'a-t-on pas souvent affaire à un péritoine plus ou moins malade ou au voisinage d'organes malades.

Dans toutes les observations où l'infection (péritoine, paroi abdominale ou utérus) est signalée ou évidente, on trouve aussi signalée la fixation très solide de l'utérus.

Tels sont les 3 cas de Præger, Gottschalk, Frommel (pages 15 et 16), où l'infection n'est pas contestable. Tel aussi le cas de Newman où il y eut une fistule utéro-abdominale.

Dans une observation de Gessner (1) il y eut après hystéropexie pour rétroflexion adhérente une fistule qui ne se ferma qu'après l'élimination d'un crin ; l'auteur dit que l'utérus se trouva fixé plus solidement que ce n'est la règle après le procédé d'Olshausen.

Dans un cas rapporté par Strasmann (2) il y avait eu également une fistule après l'opération et une adhérence particulièrement forte.

Dans deux cas où il y eut suppuration de la paroi, Præger (3) constata que l'utérus était très peu mobile.

Howard Kelly signale aussi une fixation très solide après suppuration.

La description de la cicatrice abdominale permet dans quelques observations de soupçonner l'infection de la paroi ; on y trouve aussi alors l'adhérence solide de l'utérus.

(1) GESSNER, *Zeitsch. f. Geburts. u. Gyn.*, XXXV, p. 455.

(2) STRASMAN, *Archiv. f. Gyn.*, t. L, p. 473.

(3) PRÆGER, *loc. cit.*

Ainsi dans un cas de Miløender, la cicatrice était large comme la main, pigmentée ; les mouvements de l'utérus se communiquaient à la paroi invaginée au niveau de la fixation, la peau était absolument immobilisée sur les plans sous-jacents. Pendant l'opération un fil avait coupé ; cela se voit surtout dans les tissus infectés friables.

Dans les cas de von Guérard, de Rapin, de Frommel (1) et dans le 2^e cas de Condamin (2) la cicatrice abdominale était élargie, pigmentée, irrégulière, sans qu'il y eut hernie ventrale.

Nous ne dirons pas que l'infection est la seule cause qui puisse provoquer une immobilisation dangereuse ; mais nous croyons que c'est une cause très nette et facile à éviter quand on opère en tissus sains.

Mais s'il s'agit de redresser un utérus gros, accompagné d'annexite, fixé par des brides de pelvipéritonite, l'infection existe déjà, plus ou moins latente ; l'opération, même faite suivant les règles les plus étroites de l'antisepsie, pourra lui donner un coup de fouet et l'utérus contracter des adhérences étendues et puissantes ; alors il n'est pas possible de prévoir la solidité de la fixation.

Nous croyons que dans un très grand nombre de cas, il se produit ainsi un processus inflammatoire très atténué qui a pour résultat de souder l'utérus à la paroi.

Les fils non résorbables et particulièrement le crin, jouant le rôle de corps étrangers, entretiennent et activent ce travail inflammatoire ; le but est alors facilement dépassé ; il se produit une immobilisation dangereuse. Aussi ne doit-on employer que du catgut.

(1) FROMMEL, *loc. cit.*, 1^{re} obs.

(2) *Lyon médical*, 1896, p. 437.

En cas de rétro-déviatiou mobile où généralement il n'y a pas d'infection, on pourra employer le crin ou la soie ; pour notre part nous aimerions mieux faire un léger avivement de l'utérus et fixer au catgut.

CHAPITRE II

Résultat fonctionnel de l'hystéropexie.

Lorsque l'hystéropexie n'est qu'une opération complémentaire (tumeur abdominale ou grosse lésion des annexes), il est difficile de dire la part que prend la fixation de l'utérus dans l'atténuation ou la disparition des symptômes.

Quand il y a des lésions très accusées des annexes des deux côtés, l'amélioration ou la guérison est due surtout à l'ablation des foyers inflammatoires, et si dans ce cas l'utérus est hypertrophié et friable, il vaut mieux sans doute faire l'hystérectomie plutôt que l'hystéropexie ; du moment que les annexes doivent être sacrifiées, l'utérus devient inutile ; mais s'il est infecté, il pourra nécessiter une nouvelle intervention plus tard.

C'est par les résultats de l'hystéropexie appliqués aux rétro-déviationes mobiles que l'on peut juger de la valeur de l'opération (nous ne voulons pas dire qu'il faut toujours la faire dans ces cas).

Or ces résultats ont été quelquefois parfaits.

SÆNGER (1). F. Sch..., 28 ans ; accouchement spontané 4 ans avant.

Rétroflexion mobile. Hémorrhagies irrégulières, fréquentes et abondantes. Douleurs dans le sacrum. Dyspepsie ; les pessaires n'avaient donné aucune amélioration. Incapacité complète de travail.*

Ventrofixation en 1888. Disparition de tous les troubles. Accouchement normal en 1889. La guérison se maintient.

(1) SÆNGER, *Centralblatt f. Gyn.*, 1891, n° 16.

Le fait est remarquable parce que l'opération fit disparaître non seulement les troubles nerveux qu'on attribue généralement à la déviation utérine, mais aussi les métrorrhagies qu'on ne fait pas rentrer dans sa symptomatologie.

Dans un autre cas de Sænger (1), la rétroflexion mobile s'accompagnait de troubles nerveux les plus accusés et de dysménorrhée nécessitant le séjour au lit. Les moyens médicaux et les pessaires n'avaient donné aucun résultat. Trois mois après l'hystéropexie, tous ces phénomènes avaient presque complètement disparu.

Nous avons observé pareil résultat chez une femme opérée par le Dr Marchand.

C... Jeanne, 22 ans. Entre le 18 juin 1897.

Réglée à 15 ans. Accouchement spontané et à terme il y a 18 mois, pas de suites pathologiques.

Depuis deux ans douleurs vives dans le ventre et les reins, règles régulières ; pas de pertes blanches. Utérus de volume normal en rétroversion. Le déplacement est facile à corriger, mais se reproduit immédiatement. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent l'ovaire droit, gros et douloureux.

Laparotomie 3 juillet ; hystéropexie par 2 points de catgut sur la face antérieure. Enucléation de quelques petits kystes à chaque ovaire, suture de la cavité d'enucléation.

Suture de la paroi à 2 plans : catgut et crin.

Suites opératoires absolument simples, sauf la douleur dans la région lombaire qui disparut complètement en 10 jours.

Sortie à la fin de juillet. L'utérus est bien fixé ; la malade ne souffre plus.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade quelques mois après l'opération ; la guérison s'était maintenue parfaite.

Il nous aurait été très facile de multiplier les observations de ce

(1) SÆNGER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 16, 6^e obs.

genre. Léopold, Buschlek (*l. cit.*) en ont rapporté de semblables.

Flaischlen dit que c'est surtout en cas de rétroflexion mobile que l'hystéropexie donne de bons résultats fonctionnels. Par contre Olshausen (1) dans 4 cas n'a obtenu qu'un succès relatif.

CAS 4. — *Rétroflexion mobile*. — 4 ans 1/2 après l'opération, l'utérus est en bonne position, mobile quoique fixé à la paroi. Mais les douleurs n'ont pas disparu.

CAS 14. — Il y eut récurrence brusque quelques mois après l'intervention.

CAS 18. — *Rétroflexion mobile*. — 8 mois après, l'utérus est fixé, mais la malade souffre comme avant.

CAS. 19. — Les douleurs avaient disparu, mais reviennent quelques mois après, sans qu'il y eut récurrence anatomique.

Dans le traitement des rétrodéviations adhérentes, l'hystéropexie a donné de nombreuses guérisons à tous les opérateurs.

Tipjakoff (2) pense que la fixation de l'utérus est inutile. Dans 3 laparotomies pour rétroflexion fixée, il se contenta de détruire les adhérences, sans suturer l'utérus à la paroi ; la guérison fut complète et une des femmes, stérile avant, devint enceinte. Dans 10 autres cas qu'il opéra par le Douglas, il fit, après libération, la reposition de l'utérus. Chez huit femmes ainsi traitées, la rétroflexion a à peu près disparu. Une femme est devenue enceinte ; une autre opérée pendant la grossesse a accouché à terme. Ces faits sont de nature à jeter un doute sur l'utilité de l'hystéropexie ; mais dans les cas de Tipjakoff, il s'agissait probablement d'utérus peu adhérents et presque normaux. Nous avons assisté à deux opérations faites par M. le Dr Marchand ou après destruc-

(1) OLSHAUSEN, *loc. cit.*

(2) TIPJAKOFF, Zur Frage der Therapie der Gebärmutterretroflexiones. *Deut. med. Wochenschr.*, 1893, n° 42.

tion des adhérences l'utérus fut péniblement amené en avant et retombait quand on cessait de le maintenir.

B. Marie, 22 ans. Entrée le 21 octobre 1897. Accouchement normal à 19 ans. En novembre 1896, fausse couche de 5 mois. Depuis, douleurs dans le ventre et pertes.

Rétroversion irréductible et annexité droite.

Opération le 5 novembre. Laparotomie. Ovaire droit petit, adhérent au pavillon de la trompe ; celle-ci grosse comme un doigt est fixée par des adhérences à la face postérieure de l'utérus et à la paroi du bassin. Ablation des annexes droites. A gauche elles sont peu malades laissées en place ; l'utérus volumineux fut assez difficilement attiré en avant et maintenu par un fil provisoire passant par le fond, puis fixé à la paroi abdominale par 4 catguts étagés sur la face antérieure.

Suites opératoires simples.

S. Femme C. Entrée le 20 mai 1897. Accouchement il y a 4 ans ; depuis a toujours souffert du ventre. Règles irrégulières. Depuis quelques mois, douleurs plus vives, revenant par crises, durant quelques jours et siégeant surtout à droite. Ces crises s'accompagnent de fièvre, de nausées et de vomissements.

L'examen est douloureux et difficile : rétroversion fixée ; grosse masse diffuse dans le cul-de-sac latéral droit.

Opération le 31 mai. Laparotomie. A droite ovaire et trompe volumineux et adhérents ; pavillon oblitéré ; trompe remplie de pus ; ovaire kystique extrêmement adhérent. A gauche, l'ovaire et la trompe sont peu volumineux, mais si adhérents qu'il fallut renoncer à les enlever.

L'utérus fixé par des tractus de la face postérieure est amené en avant, mais retombe immédiatement ; il faut y placer un fil provisoire pour permettre de faire l'hystéropexie, qui fut exécutée avec trois catguts sur la face antérieure.

Suites opératoires : suppuration de la paroi ; élimination d'un catgut.

Sortie le 15 juillet ; cicatrisation complète de la paroi.

En pareille occurrence, il serait très imprudent de ne pas fixer l'utérus ; la récurrence serait à peu près fatale.

De plus, dans certains cas, l'hystéropexie paraît avoir eu une influence très nette sur la mobilité de l'utérus. Flaischlen a vu une malade 4 ans après l'opération (cas 10) : il n'y avait plus trace d'adhérence périmétritique et cependant au moment de l'opération, l'utérus était très adhérent en arrière et n'avait pu être complètement libéré.

Fritsch (1) a signalé des faits semblables ; dans des cas où il n'avait pu mobiliser entièrement l'utérus, il avait fait la fixation autant en amenant la paroi abdominale au devant de l'utérus que l'utérus derrière la paroi. Quelque temps après la paroi avait attiré l'utérus et la fixation postérieure n'existait plus.

Bröese (2) a rapporté quatre cas analogues. Il semble que la paroi abdominale ait exercé dans ces cas une sorte de massage de l'utérus.

Mais on trouve signalés d'assez nombreux cas où l'hystéropexie n'a pas fait disparaître les troubles fonctionnels, bien que l'utérus soit en position presque normale.

Souvent il s'agit de femmes nerveuses ou hystériques, atteintes d'entéroptose (déviation utérine, dilatation de l'estomac, abaissement du rein droit). Et d'autre part c'est chez de pareilles malades que l'intervention peut donner les résultats les plus complets. Mais il ne faudra y avoir recours qu'après avoir épuisé tous les moyens médicaux (traitement local et traitement général).

D'autres fois l'échec est dû à l'existence d'une autre affection locale ou générale. Ainsi dans un cas cité plus haut de Hildebrandt, il y avait un kyste dermoïde de l'ovaire droit ; l'hystéropexie n'avait amené aucune diminution de la douleur qui disparut après l'ablation du kyste. Dans un cas de Staude, les annexes gauches

(1) FRITSCH, *Société de gyn. de Berlin*, 10 mars 1894.

(2) BRÖESE, *Soc. de gyn. de Berlin*, 10 mars 1894.

étaient si adhérentes qu'on ne put les enlever ; l'utérus était bien fixé, mais la malade continua à souffrir.

Quand il y a endométrite, le résultat immédiat est souvent défectueux ; mais il n'est pas rare de voir une amélioration très considérable se produire peu à peu ; le redressement de l'utérus influence favorablement la marche de l'endométrite.

Dans un cas de Freudenberg (1) (femme B..., douleurs violentes dans le ventre et le dos ; rétroflexion), il n'y eut pas d'amélioration par l'hystéropexie, bien que la déviation fût corrigée. On s'aperçut plus tard que la malade était tabétique.

Dans 2 autres cas, il y eut également échec ; les femmes étaient atteintes de paranoïa.

Ces observations ne prouvent rien contre l'hystéropexie. Elles montrent seulement que le diagnostic n'est pas toujours facile ou que l'examen a été insuffisant.

En résumé l'hystéropexie est souvent suivie de disparition ou d'atténuation des troubles fonctionnels, qu'il s'agisse de rétro-déviation fixée ou mobile. On est donc parfaitement autorisé à pratiquer cette intervention, même en cas de déviation réductible (bien entendu après essai du traitement médical). Mais dans ce cas beaucoup de chirurgiens préfèrent l'opération d'Alexander.

Comparaison avec l'opération d'Alexander. — Actuellement il est encore difficile de porter un jugement précis sur cette intervention.

On s'accorde généralement à lui reconnaître plusieurs avantages.

(1) FREUDENBERG, Zur Symptom. und Therapie der Retrofl. uteri. *Deut. med. Wochens.*, 1897, p. 479.

1° C'est une opération bénigne ; le péritoine n'est pas ouvert. Cela n'est pas toujours le cas ;

2° Il donne à l'utérus une situation à peu près normale ; nous ferons remarquer que les anatomistes discutent encore sur cette normale ;

3° Elle n'est pas suivie de troubles fonctionnels et en cas de grossesse il n'y a pas d'accidents. Cependant on a signalé des douleurs dans la cicatrice et l'accouchement n'a pas toujours été absolument normal, mais on n'a jamais signalé d'accidents graves.

D'autre part on lui a fait les reproches suivants :

1° C'est une opération difficile ; souvent on a de la peine à trouver les ligaments ronds ;

2° Ces ligaments sont souvent minces et se déchirent pendant l'opération ;

3° La correction de la déviation n'est pas complète ; cela est faux ; à condition d'attirer 8-10 centimètres de ligament de chaque côté, on obtient la correction parfaite ;

4° L'opération prédispose à la hernie ; Alexander reconnaît le fait, mais il dit qu'on peut toujours faire porter un bandage.

5° La récurrence serait fréquente, surtout quand il y a une grossesse ultérieure.

Examinons successivement ces points, avantages et désavantages.

1° C'est une opération bénigne ; l'hystéropexie aussi et nous ne connaissons pas de cas de mort à la suite d'hystéropexie pour rétrodéviatiou mobile.

De plus l'opération d'Alexander ne reste pas toujours extrapéritonéale ; il arrive assez souvent que le cul-de-sac qui accompagne le ligament soit ouvert ; de parti-pris, la conduite des chirurgiens est très variable à cet égard, les uns refoulent ce cul-de-sac

(Pozzi, Stocker, Fabricius), d'autres le comprennent dans la suture du ligament de façon à l'oblitérer ; on est exposé à l'infection du péritoine dans ce cas.

En résumé nous croyons qu'une laparotomie faite aseptiquement ne fait pas courir des risques plus grands que l'opération d'Alquier-Alexander.

2° Elle donne une situation voisine de la normale à l'utérus ; cela nous paraît un assez mince avantage sur l'hystéropexie qui met l'utérus en une position (antéversion) n'entraînant pas de troubles par elle-même.

3° Il n'y a pas de troubles fonctionnels et pas de troubles de la grossesse.

Mais après l'hystéropexie, les troubles fonctionnels ne sont pas fréquents non plus ; on n'en peut pas dire autant pour l'accouchement et ce serait là un argument capital, si tous les procédés de ventrofixation exposaient également à ces complications ; or elles paraissent fort rares après l'emploi du procédé d'Olshausen.

Voyons maintenant les reproches.

1° L'opération d'Alexander est difficile ; on ne trouve pas les ligaments ronds. Cela n'est vrai que pour les débutants, et tous les chirurgiens sont d'accord pour déclarer qu'après une certaine pratique, on n'éprouve plus de difficultés.

La modification de Kocher (ouverture du canal inguinal rend la recherche des ligaments plus facile ; mais la tendance actuelle est de ne pas l'ouvrir, pour éviter la hernie. [Pozzi (1), Stocker (2), Asch (3), Calmann (4), Smith (5), Steinthal (6).

(1) POZZI, *Traité de Gynécologie*, 1897.

(2) STOCKER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1896, n° 21.

(3) ASCH, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 35.

(4) CALMANN, *Idem*, n° 4.

(5) SMITH, *Med. News*, 1896.

(6) STEINTHAL, *Deut. med. Woch.*, 1896.

D'autres chirurgiens restent fidèles à la pratique de Kocher, Kuestner (1), Kuemmer (2), Abbe (3).

Edebolhs (4) considère l'opération comme facile ; si l'on ne trouve pas les ligaments ronds à l'anneau inguinal externe, c'est qu'on a commis une faute, ou bien que le ligament n'a pas son trajet normal ; il l'a vu plusieurs fois dirigé en haut et en dehors après la sortie de l'orifice interne du canal inguinal.

2° Les ligaments sont souvent minces et détirent ; le fait est vrai mais a été constaté surtout par des débutants.

3° La correction de la déviation ne peut être obtenue ; c'est qu'il y a eu une faute ; ou bien on n'a pas attiré les ligaments sur une longueur suffisante ; ou bien on n'a pas exercé les tractions simultanément sur les 2 ligaments.

4° Danger de hernie ; il est évitable ; les opérateurs qui n'ouvrent pas le canal inguinal n'en signalent pas ; d'autre part l'hystéropexie est quelquefois, mais rarement suivie d'éventration.

5° La récurrence serait fréquente, surtout après grossesse.

Des statistiques plus récentes semblent infirmer cette accusation.

Calmann (5) sur 37 cas a 36 bons résultats ; dans un cas, les 2 ligaments ronds déchirèrent.

Steinthal (6) sur 13 cas revus a 11 succès, quelques-uns durant depuis 2 ans.

Kummer (7) sur 10 opérations a 8 succès dans 4 cas, depuis 6 ans 1/2, 3 1/2, 3 et 2 ans.

(1) KUESTNER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1895, n° 7.

(2) KUEMMER, *Idem*, n° 14.

(3) ABBE, *Annales of surgery*, décembre 1896.

(4) EDEBOLHS, *Ann. J. of obst.*, t. XXXII, p. 274 et suivants.

(5) CALMANN, *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 4.

(6) STEINTHAL, *Deut. med. Wochens.*, 1896, p. 773.

(7) KUMMER, *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 14.

Kuestner (1) sur 30 opérations 30 succès.

Stocker (2) a vu 10 cas de grossesses à la suite de l'opération, dans les 10 cas, après l'accouchement, il n'y avait pas de récédive.

Ces résultats sont fort encourageants ; néanmoins les récédives sont plus fréquentes qu'après l'hystéropexie qui fixe l'utérus presque à coup sûr.

En somme l'infection péritonéale grave, possible après l'hystéropexie, et d'autre part l'incertitude du résultat de l'Alexander peuvent faire hésiter dans le choix de l'intervention ; mais l'hystéropexie nous paraît tout aussi autorisée que l'Alexander, et elle a sur lui un avantage très considérable : on peut se rendre compte de l'état des annexes et pratiquer le cas échéant une intervention peut-être plus utile pour le résultat fonctionnel que la correction de la position de l'utérus.

(1) KUESTNER, *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 7.

(2) STOCKER, *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 21.

CHAPITRE III

Complications et troubles fonctionnels survenus à la suite de l'hystéropexie.

Mort. — L'hystéropexie évidemment expose comme toute laparotomie à l'infection du péritoine. C'est la cause ordinaire de la mort après cette intervention. Assez souvent il s'agit de la rupture d'une collection purulente pendant l'opération. Nous rappellerons ici les cas de Gottschalk et de Frommel où la mort fut due à une embolie.

La mortalité est du reste très faible ; Kuestner a trouvé 7 cas de mort pour 934 hystéropexies.

Fistules. — Les fistules abdominales sont également une complication banale ; tantôt elles n'intéressent que la paroi, d'autres fois elles sont utéro-abdominales. Il en était ainsi dans le cas de Newman (1) et dans un cas de Montgomery cité par Noble (2). La femme devint enceinte par la suite ; pendant l'accouchement, il se fit une hémorrhagie par la fistule qui ensuite guérit rapidement.

En tout cas la présence d'une fistule doit toujours faire supposer une fixation très solide et faire craindre des complications en cas de grossesse.

Éventration. — Howitz-Meyer, Rulh et Grafe rapportent un certain nombre de cas d'éventration. Une opérée de M. le Dr Pozzi

(1) NEWMAN, *loc. cit.*

(2) NOLLE, *Amer. J. of obst.*, 1896, p. 166.

dont l'histoire est rapportée par Gibert (1) avait une hernie ventrale assez volumineuse ; l'utérus n'était plus fixé. Gottschalk, chez une femme qui avait eu 2 avortements, rompit la fixation sous le chloroforme et constata de suite après l'existence d'une éventration. Peut-être l'utérus solidement adhérent empêche-t-il la production de la hernie.

Etranglement interne. — On a prétendu que l'hystéropexie et particulièrement le procédé d'Olshausen-Sænger expose à l'étranglement interne. Nous n'en connaissons pas d'exemple directement attribuable à l'opération, c'est-à-dire où l'intestin se soit enclavé dans l'hiatus laissé entre l'utérus et la paroi abdominale.

Sænger (2) après avoir fixé un côté, vit une anse intestinale s'engager dans une fente large d'un doigt et placée entre la vessie et l'utérus ; il défit la suture et la reporta un peu plus bas et en dehors. Même constatation dans un autre cas.

Le cas de Jacobs (3), partout cité, ne nous paraît pas concluant. Il avait fait l'hystérectomie pour annexite et laissé en place le pédicule qui fixait l'utérus. Cette bride avait contracté des adhérences et était devenu l'agent de l'étranglement.

Dans le cas de Petersen (4) l'autopsie montra que l'occlusion ne dépendait nullement de la fixation de l'utérus.

Howitz-Meyer fit une 2^e laparotomie et trouva une anse intestinale adhérente à l'utérus.

En somme, l'étranglement interne est une complication banale qu'on peut voir après toute laparotomie, comme l'infection, l'éventration, les fistules.

(1) GIBERT, *L'obstétrique*, 1897, p. 149.

(2) SÆNGER, *Centralbl. f. Gynæk.*, 1888, p. 16, cas 3.

(3) JACOBS, *loc. cit.*

(4) PETERSEN, *Loc. cit.*

Cependant Fritsch s'élève contre l'opération d'Olshausen (1). Une femme opérée par lui suivant ce procédé, eut à la suite des douleurs très violentes, empêchant tout travail et même la marche : 2 ans après, il fit une 2^e laparotomie. Le grand épiploon était incarcerated entre l'utérus et la paroi et adhérent à eux. Il en réséqua 10 centimètres et la guérison suivit.

Howitz et Meyer ont également fait une 2^e intervention et ont trouvé l'épiploon adhérent à l'utérus.

On conçoit que, dans le cas de Fritsch, une anse intestinale aurait pu s'enclaver à la place de l'épiploon.

Nous avons laissé de côté un cas de Brœsc (2) ; il y eut occlusion à la suite d'hystéropexie sans laparotomie. C'est le seul fait qu'on puisse attribuer à l'opération.

Blessure de l'intestin. — De Witte (3) après une hystéropexie sans ouverture du péritoine vit survenir des phénomènes de péritonite ; laparotomie immédiate ; mort. On peut constater que l'intestin avait été pris dans une suture.

Roux, dans un cas où il avait eu l'intention de faire l'hystéropexie sans laparotomie, se rendit compte qu'il aurait blessé inévitablement une anse intestinale adhérente au devant de l'utérus. Duhrssen a eu l'occasion de faire la même remarque.

L'hystéropexie est alors directement responsable. Czempin (4) a publié un nouveau manuel opératoire pour la fixation sans laparotomie ; il a décrit une sonde spéciale qui, introduite dans l'utérus, se transforme en une fourche dont les branches se logeraient dans les cornes de l'utérus et adosseraient exactement l'organe contre la paroi.

(1) OLSHAUSEN, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, n° 33.

(2) BRÆSC, *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, 8 mars 1895.

(3) DE WITTE, *Zeitsch. f. Geburts. und Gynäk.*, XXXIII, 525.

(4) CZEMPIN, *Deut. med. Wochenschr.*

Malgré tous les perfectionnements qu'on pourra apporter à ce procédé, nous croyons qu'il doit être absolument rejeté. Il donne beaucoup d'insuccès ; H. Kelly y a renoncé pour ce motif. Il ne peut être appliqué aux rétro-déviation adhérentes et ne permet pas l'inspection des annexes. Enfin il expose à des dangers certains.

Blessure de la vessie. — Condamin (1) signale la possibilité de la blessure de la vessie en cas de prolapsus.

Scenger (2) a transfixé cet organe dans une opération. Il y avait persistance de l'ouraue. Il avait déjà placé les sutures fixatrices d'un côté, quand il s'aperçut que la vessie était étalée contre la paroi abdominale dans une assez grande étendue. Les fils avaient été passés en travers. Il fit la vésico-fixation. Il n'y eut pas de suite fâcheuse. C'est là un cas exceptionnel.

Ainsi les complications consécutives à la ventrofixation ne lui appartiennent pas en propre, l'hystéropexie extra-péritonéale étant mise à part.

Troubles fonctionnels. — On a souvent constaté la rétention d'urine dans les premiers jours ; quelquefois des douleurs vésicales. Ces phénomènes sont tout à fait passagers.

Comme l'utérus fixé empêche l'ampliation de la vessie par en haut, on pouvait craindre un retentissement fâcheux ; il n'en est rien ; la vessie change seulement de forme ; elle s'échappe par les côtés.

Fritsch (3) dit qu'il a vu survenir, chez les femmes de la classe ouvrière obligées à des efforts musculaires, des douleurs dans la paroi abdominale, de la dysménorrhée et de l'incapacité de

(1) CONDAMIN, *Lyon médical*, 1893, n° 24.

(2) SOENGER, *Société d'obst. et de gyn. de Leipzig*, 18 juin 1894.

(3) FRITSCH, *loc. cit.*

travail. Ces troubles résultent, dit-il, de la fixation aux muscles et à l'aponévrose. Plusieurs fois il dut faire l'hystérectomie. Actuellement il ne fixe plus qu'au péritoine et il n'a plus observé ces accidents.

Métrorrhagie. — Dans un cas opéré par M. Chaput (rapporté chap. III) la femme eut à la suite d'abondantes métrorrhagies ; un curetage fut sans succès. M. le Dr Gérard-Marchant pensant que la fixation empêchait l'utérus de revenir sur lui-même, la détruisit ; mais les hémorrhagies continuèrent ; il fit alors l'hystérectomie, et dans la paroi utérine antérieure il trouva un petit fibrome sous-muqueux, gros comme une noisette.

Pendant le curetage on avait senti sur la paroi antérieure comme une bride, sensation due sans doute à la présence du fibrome.

CHAPITRE IV

Influence de l'hystéropexie sur la conception, sur la grossesse, sur l'accouchement.

A. — **Influence de l'hystéropexie sur la conception.** — La stérilité est une des conséquences ordinaires des déviations utérines ; il est probable que l'hystéropexie qui redresse l'utérus (bien qu'elle ne lui donne pas une position absolument normale, antéposition et élévation) permet la fécondation.

Nous avons en effet trouvé quelques cas où la conception survient peu de temps après l'opération.

LINDFORS, femme D..., 30 ans, mariée depuis un an et demi, stérile. Conception un an après l'opération.

GIBERT (*L'obstétrique*, 1897, p. 149). — Femme de 26 ans, nullipare ; pas de fausse couche. Utérus rétrofléchi, adhérent. Opérée le 29 mars 1895 par M. Lejars. Dernières règles : 6 février 1896.

SELHORST (*Centralb. f. Gynæk.*, 1897, p. 556). — Femme mariée depuis dix ans. Rétroflexion fixée. Stérilité. Intervention en avril 1895. Grossesse en décembre de la même année.

PIRAS (th. Paris, 1896). — Nullipare de 28 ans. Hystéropexie le 3 février 1894. Dernières règles en juillet.

FLAISCHLEN (*l. cit.*). — I. Femme K..., 27 ans. Utérus rétrofléchi, adhérent. Annexite gauche. Mariée depuis 5 ans ; peut-être un avortement l'année précédente.

Opération le 27 novembre 1891. Grossesse en juillet 1892.

II. Femme B... mariée depuis 4 ans, stérile. Ventrofixation le 3 novembre 1893 ; dernières règles : 4 janvier 1894.

OLSHAUSEN (*l. cit.*). — Femme D... nullipare. Forte dysménorrhée et troubles intermenstruels. Conception 7 mois après l'opération.

LÉOPOLD (*Centralb. f. Gynök.*, 1891, p. 317). — Femme de 40 ans, nullipare. Rétroflexion fixée. Conception 5 mois après l'opération.

Les huit femmes stériles sont devenues enceintes respectivement 1 an, 10 mois, 9 mois, 4 mois, 9 mois, 2 mois, 7 mois et 5 mois après l'intervention. Il nous semble difficile de ne voir là qu'une simple coïncidence.

Une malade de Flaischlen (femme M.) resta 8 ans sans concevoir après un premier accouchement ; on fit alors l'hystéropexie, 2 mois après fécondation.

Flaischlen a cité à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin* 8 octobre 1895 le cas de 3 femmes stériles depuis 4, 6 ans et ayant conçu très peu de temps après la ventrofixation.

Condamin a donné une observation analogue ; pertes pendant deux ans à la suite d'un avortement ; l'utérus était antéfléchi.

Curettage et hystéropexie. Début de grossesse, 2 mois après. On pourrait ici attribuer le mérite de la conception au curettage.

Il n'est pas rare qu'une femme ait 2 grossesses coup sur coup après l'opération. Nous en avons trouvé facilement 10 cas, où l'utérus resta adhérent, après les accouchements. C'est la preuve que tout au moins la fixation n'empêche pas la conception.

Kuestner, dans la statistique donnée au *Congrès de Genève*, 1896, trouve 98 grossesses pour 927 femmes. Ce chiffre paraît peu élevé ; il faut déduire les malades ayant subi l'ablation des annexes, d'autres trop âgées.

Buschlek (1) a vu dix femmes devenir enceintes sur 41 opérées. Notre conclusion est que l'hystéropexie, non seulement n'empê-

(1) BUSCHLEK, *loc. cit.*

che pas la conception, mais dans certains cas la provoque nettement.

B. — Influence de l'hystéropexie sur la grossesse. —
L'hystéropexie peut modifier la durée de la grossesse et provoquer l'apparition de troubles variables.

DURÉE. — La durée de la grossesse paraît quelquefois augmentée ; dans 2 cas (Noble, Norris) l'accouchement a eu lieu au bout de 10 mois. Sænger a signalé un fait semblable.

Plus souvent la durée est abrégée ; il y a accouchement prématuré ou avortement. Nous y reviendrons à propos de l'accouchement.

TROUBLES FONCTIONNELS. — Ils consistent en douleurs et en tiraillements que la femme localise au niveau de la fixation.

On a souvent signalé des maux d'estomac et des vomissements.

Dans les observations 31 et 51 de Buschlek, il y eut des tiraillements dans le ventre ; accouchement prématuré dans les 2 cas.

Une malade de Gottschalk eut des tiraillements dans la cicatrice à 2 grossesses consécutives qui se terminèrent toutes deux par avortement au 3^e mois.

Dans un cas d'Olshausen, il y eut au début de la grossesse des douleurs expulsives et des pertes qui durèrent quelques semaines. La grossesse alla à terme.

Löhlein (1) observa dans deux cas des vomissements plus pénibles qu'aux autres grossesses.

Fritsch a vu survenir vers le 6^e mois des douleurs vives, des vomissements et l'accouchement prématuré ; il attribue ces troubles à la fixation au muscle et à l'aponévrose.

Une opérée de Calmeron (2) eut des douleurs violentes, des vo-

(1) LOHLEIN, *Deut. med. Wochensch.*, 1894, p. 241.

(2) NOBLE, *Americ. J. of Obst.*, 1896, t. 34, p. 161.

misements incoercibles, de l'amaigrissement progressif. Auparavant 4 accouchements normaux.

On eut de la peine à provoquer l'accouchement prématuré; enfant vivant; disparition de tous les signes.

Dans une observation de Von Winiwarter, il n'y eut de douleurs qu'aux époques répondant aux règles.

Ces troubles n'ont pas de valeur pronostique; si dans quelques cas où ils existaient, il y a eu avortement ou accouchement dystocique, dans d'autres, le travail s'est fait normalement à terme.

Les tiraillements résultent de la fixation; quant aux vomissements, ils n'en dépendent pas forcément, à moins qu'ils n'aient pas existé dans des grossesses avant l'hystéropexie ou qu'ils ne s'accompagnent de tiraillements dans la cicatrice.

C. — Influence de l'hystéropexie sur l'accouchement.

— Dans bon nombre de cas l'accouchement et la délivrance ont été absolument normaux; une femme opérée par M. le Dr Marchand eut successivement une grossesse simple et une grossesse gémellaire; grossesse et accouchements sans aucun incident. Mais il y a eu souvent des troubles de gravité d'ailleurs très variable. Les dystocies graves ne sont peut-être pas aussi rares qu'on ne l'a cru. Piras, dans sa thèse parue en 1896, ne cite que le cas de Goubaroff et celui d'Abel; depuis Noble, von Guérard, Gibert, Mueller en ont publié un chacun, Norris et Bidone chacun deux.

Nous ne nous occuperons que des cas pathologiques et nous chercherons à nous rendre compte du mécanisme des accidents.

En étudiant les observations, on voit facilement que tous les troubles relatés ne sont pas dus à la fixation. Quant à ceux qui doivent être attribués à l'hystéropexie, il nous semble qu'on peut

(1) VON WINIWARTER, TH. LAMART, p. 90.

les ranger en deux groupes ; dans le premier, il y a surtout des présentations vicieuses ; dans le deuxième, des hémorrhagies de la délivrance.

Enfin beaucoup d'observations ne peuvent être rangées ni dans l'un ni dans l'autre groupe ; elles sont trop incomplètes pour qu'on puisse en juger en connaissance de cause.

1^{er} GROUPE D'OBSERVATIONS.

- Obs. 1. — NOBLE. — Suspensio uteri wirth reference to its influence upon pregnancy and labor (*Americ. J. of obstetrics*, août 1896).

Femme L. . . , 27 ans, Vpare.

Opération le 13 novembre 1894, curettage pour un polype placentaire, laparotomie, destruction d'adhérences et ablation unilatérale des annexes. Fixation du fond de l'utérus par des sutures perdues au crin de Florence. Grossesse en mars 1895.

Malade revue le 1^{er} décembre, paraissait à terme. Abdomen proéminent d'une façon insolite. Col très élevé et dans la concavité du sacrum. Dès le début de la grossesse, troubles divers ; il semblait à la femme que l'utérus était attiré en bas et en avant.

Accouchement le 2 février 1896. — Dès le début, rupture de la poche des eaux. Douleurs insignifiantes depuis 24 heures quand Noble fut appelé.

Il ne put sentir le col par le toucher vaginal et il fallut introduire la moitié de la main pour arriver sur la lèvre antérieure.

Sous le chloroforme, il trouva le col dilatable, mais pas dilaté et regardant le promontoire.

L'entrée du bassin était en partie obstruée par une masse dure, évidemment formée par le fond et la paroi antérieure de l'utérus maintenus par les sutures. Cette tumeur formait un plan sur lequel reposaient les pieds ; il était facile de contourner cette masse avec l'extrémité des doigts et de sentir les pieds et une partie des jambes ; mais il fut impossible de saisir un pied pour l'abaisser.

On attendit 10 heures, dans l'espoir que la tumeur se ramollirait. Au bout de ce temps, nouvelle tentative d'abaissement d'un pied, mais sans succès. On se décida alors pour l'opération de Pozzy. Mort le 7^e jour par septicémie. La grossesse avait duré 10 mois.

OBS. 2. — NORRIS. — The management of labour complicated by ventrofixation (*Americ. J. of obst.*, 1897, t. 35, p. 91).

Femme 23 ans, multipare, opérée en mai 1893 ; curettage ; suture d'une déchirure du col et périnéorrhaphie ; ablation de l'ovaire droit prolabé et douloureux ; hystéropexie par des sutures au crin.

Accouchement. — La paroi antérieure de l'utérus avait été pliée sur elle-même pendant la grossesse, et participant à l'hypertrophie physiologique, formait une tumeur mettant obstacle à l'accouchement. On ne sentait pas la présentation par le toucher. La malade fut éthérisée et alors on peut faire un examen complet. La paroi utérine postérieure qui formait la plus grande partie du sac utérin, était si tendue que les matières fécales pouvaient être facilement senties par la main introduite dans l'utérus. Il y avait danger imminent de rupture utérine.

La tête du fœtus était haute à gauche, dans la région splénique de la mère ; le siège était dans une excavation formée par la masse musculaire et la paroi utérine antérieure.

Les pieds et les jambes étaient en contact avec cette paroi. Il était vraiment impossible d'introduire sans violence la main au-dessus de la tumeur musculaire et de saisir un pied, pour déloger le siège de la cavité où il était placé.

Dans la crainte de la rupture, on fit prudemment la version céphalique ; la tête se trouva alors serrée entre le promontoire et la masse musculaire. Une application vraiment élevée de forceps permit d'extraire le fœtus ; mais le cordon avait été comprimé entre la tumeur et la tête ; ce qui amena la mort du fœtus.

La délivrance et les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

La grossesse avait duré 10 mois.

La même femme devint enceinte de nouveau ; comme à la grossesse précédente, il y eut de nombreux troubles.

Entrée à l'hôpital le 7 mai, étant en travail, les membranes rompues avant l'admission.

Comme la première fois, le col était haut, la lèvre antérieure rigide et épaisse, la paroi antérieure de l'utérus hypertrophiée.

Les mouvements fœtaux avaient duré jusqu'à la rupture de la poche des eaux, on entendait les battements fœtaux. Contraction de l'utérus très fortes, mais inefficaces.

Au bout de 6 heures, les jambes étaient engagées dans le col qui étreignait les cuisses si fortement que la circulation était presque interrompue.

On fit des tentatives de dilatation manuelle du col sans succès. L'extraction du fœtus ne put être faite qu'en déployant une grande force. Mort de l'enfant. Diamètre bipariétal 8. Circonférence 29. Poids 4 livres 9 onces.

Ces 3 observations offrent de nombreuses ressemblances :

Utérus, fond bas et fixé solidement. Col très élevé et en arrière ne pouvant être atteint que par l'introduction de toute la main ; lèvre antérieure du col et paroi utérine antérieure hypertrophiées et obstruant plus ou moins le bassin. Amincissement extrême de la paroi postérieure, signalé dans un cas et supposable dans les 2 autres.

Fœtus, présentation vicieuse, siège dans les 3 cas, procidence du cordon dans un cas.

Grossesse, troubles divers.

Travail, rupture prématurée de la poche des eaux. Douleurs vives mais inefficaces, inertie dans le premier cas. Col se dilatant lentement et difficile à dilater artificiellement. Difficulté des interventions.

Délivrance normale, pas d'hémorrhagie.

Ces caractères se retrouvent plus ou moins complètement dans les observations suivantes.

OBS. 4. — GOUBAROFF (*Semaine médicale*, 5 juin 1895) (Résumée).

Femme de 23 ans. Rétroversion de l'utérus rétrofléchi. Juin 1890, ventrofixation par Kuestner (par 3 crins à l'angle inférieur de l'incision abdominale).

Dernières règles mai 1894.

Entre à la clinique le 6 février 1895, à terme. *Fond de l'utérus à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.* Utérus développé dans le sens transversal. *Pas d'engagement.*

Tête à gauche, bruits du cœur à gauche au milieu d'une ligne allant de l'ombilic au 1/3 externe de l'arcade de Fallope. *A 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse, on sent les ligaments ronds hypertrophiés. L'utérus adhère fortement à toute la longueur de la cicatrice et son contour présente une dépression au niveau de l'extrémité supérieure de la cicatrice. On ne sent pas le col.*

Chloroforme : col fermé ; bassin normal ; rétrécissement du vagin.

Version céphalique par manœuvres externes et fixation de la tête au moyen d'un bandage ; le fœtus reprend sa position ; le lendemain, nouvelle tentative de version externe et nouvel échec.

Le 8 février, col fermé, les douleurs persistent, femme épuisée ; à 10 heures du matin laparotomie. Incision le long de la cicatrice ; on trouve une adhérence ayant la longueur de la cicatrice, large d'un travers de doigt et ayant provoqué l'encoche du bord supérieur de l'utérus. La section de cette bride cause une hémorrhagie assez considérable. Incision de l'utérus ; hémorrhagie peu abondante et vite arrêtée par la compression. Extraction du fœtus, du placenta. Dilatation rétrograde du col pour permettre l'écoulement de lochies. Suture. Suites simples.

Dans ce cas la situation basse du fond de l'utérus est spécifiée par celle des ligaments ronds ; au lieu du siège c'est une présentation d'un flanc.

L'incision de la paroi utérine ne provoque presque pas d'écou-

lement sanguin ; ce fait a été constaté dans d'autres cas analogues.

OBS. 5. — MILAENDER, Ventrofixation des uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes (*Zeitsh. f. Geburts. u. Gynæk.*, XXXIII, 464).

Femme A. S..., XIIpare, accouchements normaux, le 3^e gémellaire. Prolapsus ayant commencé en 1883 et s'étant accusé après chaque accouchement. Dernière grossesse en 1892 ; depuis arrêt des règles.

Ventrofixation en mai 1893 par Kuestner ; quatre sutures à travers le péritoine, les muscles et l'aponévrose, et d'autre part le fond de l'utérus. L'une des sutures coupa l'utérus. Colporrhaphie antérieure et postérieure.

Après sa sortie de l'hôpital, maladie grave qui dura 4 mois. Puis retour des règles. Mouvements actifs vers Noël 1894.

Premières douleurs dans la nuit du 23 mai 1895. Entre à l'hôpital.

A 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse une cicatrice longue de 9 centimètres ; dans toute la hauteur de celle-ci, *l'utérus est attaché à la paroi abdominale ; les mouvements de l'utérus se communiquent à la cicatrice.*

L'utérus dépasse l'ombilic de 2 travers de doigt ; on sent très bien les ligaments ronds et d'après leur situation on peut conclure que le fond ne répond pas à la partie la plus élevée de l'utérus, mais se trouve à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Tête à droite, siège à gauche ; petites extrémités en avant. Bruits du cœur sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

Œdème de la vulve ; périnée très long ; entrée du vagin étroite. *Col haut, placé contre le promontoire et pas effacé ; l'orifice externe admet 2 doigts. Lèvre antérieure particulièrement épaisse. Membranes rompues. On sent une épaule, un bras et une anse du cordon.*

Bassin normal.

Affaiblissement des douleurs, puis arrêt pendant vingt minutes. *On essaie, sans succès, de placer un ballon de Champetier, à la fois pour accélérer la dilatation et empêcher la perte continuelle des eaux.*

A 5 heures du soir, le col admet trois doigts ; femme très faible. Anesthésie ; dilatation manuelle relativement facile.

Version podalique difficile. Déchirure du périnée pendant l'extraction de la tête. Enfant cyanosé, facilement ranimé.

Délivrance par expression. Suture du périnée. Post-partum normal.

OBS. 6. — ABEL (*Bulletin méd.*, 18 mars 1896, rapporté à la *Société de gynécologie et d'obst. de Leipzig*, 18 nov. 1895).

Abel fut appelé auprès d'une parturiente qu'il trouva dans l'état suivant : écoulement d'une partie de liquide amniotique, teinté par le méconium. Vagin étiré en tuyau. Utérus très large. *Orifice externe, très élevé, au voisinage de l'avant-dernière vertèbre lombaire ; fond de l'utérus immobilisé au niveau de l'ombilic ; l'orifice de l'utérus n'admet que l'extrémité d'un doigt et derrière lui se trouve le crâne du fœtus logé dans l'excavation de la colonne lombaire ; position transversale du fœtus.*

Opération césarienne. Enfant mort. Abel fit l'ablation de l'utérus par la méthode de Porro, *parce qu'il était uni à la paroi par des adhérences solides* qui auraient causé les mêmes accidents à une grossesse ultérieure.

L'excessive hauteur du col s'explique peut-être par l'amputation qui avait été faite quelque temps avant l'hystéropexie ; l'utérus avait été fixé à la paroi abdominale par 3 crins. La ventrofixation avait été faite pour prolapsus.

OBS. 7. — WEGENER (*Centralb. Gynæk.*, 1893, n° 13).

Femme de 23 ans, 2 grossesses normales, cinq avortements. Rétroflexion utérine adhérente ; *fixation du fond de l'utérus au périoste de la symphyse.*

A l'accouchement le col était si haut qu'il fallut introduire la main entière pour l'atteindre.

Situation transversale du fœtus. Version céphalique difficile et extraction au forceps. Délivrance normale.

OBS. 8. — WINTER (*Société de gynécol. et d'obst. de Berlin*, 10 mars 1894).

Femme enceinte dont l'utérus avait été fixé par le fond ; il y avait une

large adhérence entre le fond et la paroi abdominale ; le segment inférieur ne put se développer ; il fallut faire une version difficile.

OBS. 9. — OLSHAUSEN (*loco cit.*).

Femme E. H. ..., 22 ans ; 2 accouchements normaux ; ventrofixation le 4 novembre 1892 (procédé de Czerny). Dernières règles le 10 avril 1893.

Dès le 4^e mois, *douleurs expulsives répétées ; pertes tous les 15 jours.* Le repos et l'opium les arrêtaient. Accouchement à terme le 3 janvier 1894.

On ne sentait pas le col ; la main entière introduite le montre à gauche et très haut, à 2 centimètres au-dessus du détroit supérieur ; présentation du sommet, extraordinairement haute et mobile, la paroi antérieure du col et du segment inférieur est rigide, épaisse, et empêche l'engagement du sommet. Tête en position inclinée (oreille), les mains procidentes à côté d'elle. Version podalique, on constata l'amincissement de la paroi postérieure.

Ce cas est l'esquisse exacte des dystocies graves rapportées plus haut, l'utérus avait été fixé par la paroi antérieure (proc. de Czerny) il a ainsi pu se développer suffisamment parce qu'il n'y eut pas présentation vicieuse ; mais l'épaississement du segment inférieur a sans doute provoqué l'asynclitisme.

OBS. 10. — EDEBOLHS (*in OLSHAUSEN, loc. cit.*).

Grossesse à la suite d'hystéropexie ; tout se passa bien, sauf que l'utérus se développa exclusivement aux dépens de la paroi postérieure.

Certains cas d'avortement après hystéropexie sont la miniature des cas précédents. En voici un cas remarquable :

OBS. 11. — GOTTSCHALK (*Centralb. für Gynæk.*, 1891, p. 154).

Femme 28 ans, II^epare. Rétroflexion mobile ; à gauche kyste intraligamentaire.

Novembre 1889. Enucléation du kyste, suture de la poche qui le renfermait et fixation de l'utérus à l'angle inférieur de la plaie par 2 ligatures de soie.

Grossesse en octobre 1890 ; dans la 6^e semaine, perte qui dura 1 jour ; au milieu de décembre, hémorrhagies irrégulières ; avortement le 3 janvier.

Le même jour curage manuel de l'utérus ; le col était placé si haut et si en arrière qu'on eut peine à l'atteindre avec les doigts ; il était complètement sorti du petit bassin ; le corps de l'utérus développé proportionnellement à l'âge de la grossesse était en élévation maxima et antéversé ; adhérent à la paroi abdominale par sa face antéro-supérieure. Lèvre antérieure épaisse et conservée ; la postérieure mince comme une feuille de carton ; toute la paroi postérieure, y compris le fond, est amincie ; la paroi antérieure au contraire est d'épaisseur normale et peut-être hypertrophiée.

Cette femme (GOTTSCALK, *Société d'obst. et de gynécol. de Berlin*, 8 novembre 1897) devint enceinte 2 ans après ; mêmes troubles, avortement à la même époque, même distension de la paroi postérieure.

Avant l'avortement la malade avait senti de forts tiraillements au point de la fixation.

Gottschalk rompit les adhérences sous le chloroforme ; la femme eut une grossesse et un accouchement sans troubles.

OBS. 12. — SÆNGER, Ueber Schwangerschaft nach conservativer ventrofix. uteri retroflexi (*C. f. Gynæk.*, 1891, n^o 16).

Ventrofixation pour rétroflexion mobile après échec de l'opération d'Alexander. Grossesse en mars 1889 ; dès les premiers temps, douleurs siégeant manifestement au point de fixation de l'utérus. Au commencement de juillet le médecin traitant fit savoir à Sænger que l'utérus ne s'élevait pas convenablement en hauteur, qu'il semblait retenu par la fixation. Pertes sanguines répétées. Avortement au 6^e mois, le fœtus macéré répondait par son volume à une grossesse du 3^e mois.

Nouvelle grossesse en avril 1890 ; Sænger vit la femme au 6^e mois ; l'utérus ne différait d'un utérus gravide normal, ni par sa forme, ni par sa situation, ni par sa mobilité.

L'accouchement commença huit jours après le terme présumé ; le col se dilata très lentement ; les douleurs furent presque nulles, l'enfant se présentait par le sommet ; le 3^e jour on fit la version podalique. Enfant mort.

Après l'accouchement l'utérus était mobile et fixé à la paroi.

Dans le cas de Gottschalk l'avortement était bien dû à la fixation ; dans celui de Sænger aussi très probablement. Mais quand on ne note pas ces tiraillements et ces douleurs de la cicatrice, on ne saurait incriminer d'une façon certaine l'hystéropexie.

La statistique nous paraît un bien mauvais moyen d'appréciation ; d'abord il est très difficile d'établir la fréquence générale de l'avortement ; de plus l'interruption de la grossesse chez une femme ayant subi l'hystéropexie sera presque sûrement signalée.

Tous les cas cités jusqu'à présent sont certainement les variantes plus ou moins graves du type tracé schématiquement plus haut : Utérus fixé bas et solidement, col en arrière et en haut, paroi antérieure du col et de l'utérus épaissie et rigide, paroi postérieure amincie, présentation vicieuse (défaut d'engagement, rupture prématurée de la poche des eaux, procidences) ; tantôt douleurs violentes et inefficaces ; tantôt inertie ; absence d'hémorrhagies de la délivrance ou du moins hémorrhagies très légères.

Les observations suivantes nous paraissent se rapporter à ce même type.

Obs. 13. — BUSCHLEK, Zur operativen Behandlung der Retroflexionen uteri. Obs. 31 (*Archiv. f. Gynæk.*, t. LII, p. 453).

Femme Meis, 29 ans. Opérée le 29 janvier 1893 pour rétroflexion ; procédé de Léopold.

En 1891 on lui avait fait la ligature vaginale de Schucking, vite suivie de récidence.

A la suite de l'hystéropexie, quelques tiraillements dans le ventre et

les flancs. Exagération de ces troubles quand la malade fut devenue enceinte en août 1894.

Entre à la clinique le 31 mai 1895 étant en travail et au 7^e mois de la grossesse.

Perte des eaux dès le début du travail ; *le sommet de l'utérus est à 5 travers de doigt du rebord costal. Situation transversale de l'enfant. Ventre élargi.*

Les douleurs deviennent plus vives ; on voit et on sent nettement que *l'utérus est adhérent à la paroi. Vagin dilaté fortement à droite et en avant. Lèvre antérieure agrandie. Col dévié en haut et à gauche.*

La lèvre antérieure du col se continue sans limite avec une induration très nette étendue entre le segment inférieur de l'utérus, le cul-de-sac vaginal antérieur et la vessie, jusqu'à la symphyse.

Les parois avoisinantes sont fortement amincies. Bassin vide. Pas de procidence.

On endort la femme à cause de l'amincissement du segment inférieur. On n'arrive pas à attirer le col en bas avec un crochet.

La contraction d'un anneau au-dessus de la partie vaginofixée du col rend très difficile l'introduction de la main dans l'utérus ; cependant on arrive à abaisser les pieds et à extraire le fœtus en état de mort apparente, facilement ranimé.

La partie droite du col s'était déchirée sur une longueur de 3 cm.

L'utérus reste flasque ; délivrance par expression dix minutes après, tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze stérilisée. Phlegmatia 3 semaines après.

Buschlek semble vouloir mettre la dystocie sur le compte de la ligature vaginale. Nous croyons qu'elle a pu avoir une certaine influence ; mais comme elle avait été suivie immédiatement de récédive, c'est la ventrofixation qu'il faut accuser.

L'utérus resta flasque après l'extraction du fœtus ; mais Buschlek ne signale pas d'hémorrhagie.

OBS. 14. — BUSCHLEK.

La femme opérée par rétroflexion adhérente, devint enceinte

2 ans plus tard ; accouchement à terme ; utérus solidement fixé ; présentation de l'épaule ; version ; délivrance normale. 3 mois après l'utérus est encore bien fixé.

OBS. 15. — SELHORST. *Rechtzeitige Geburt bei Ventrofixation des Uterus* (*Centralb. f. Gynæk.*, 1897, p. 556).

Femme de 35 ans, mariée depuis 10 ans. Stérile.

En 1895 ventrofixation à cause d'une rétroflexion fixée avec dysménorrhée. Fixation par le fond et la paroi antérieure.

Mai 1896, grossesse au 5^e mois ; *col très élevé et très en arrière*.

Premières douleurs le 20 septembre ; 21 septembre, *est haut et en arrière et reporté de plus en plus en arrière à chaque douleur*.

23 septembre matin : dilatation complète : *siège engagé* ; les douleurs diminuent ; femme épuisée. Extraction d'un enfant vivant ; délivrance normale. On constata plus tard que l'utérus était resté solidement fixé.

OBS. 16. — FLAISCHLEN (*loc. cit.*).

Femme M..., 35 ans, plusieurs accouchements. Utérus gros, rétroflexion mobile ; déchirure du périnée ; douleurs vives. Périnéorrhaphie et pessaire qui n'est pas supporté.

Ventrofixation le 2 juillet 1890 (3 voies, procédé de Léopold). Grossesse en septembre 1890, pas de troubles.

Accouchement le 3 juillet 1891. Travail lent ; position transverse du fœtus ; comme il n'y avait pas de médecin, la sage-femme fit la version, fœtus mort.

En 1893 l'utérus normalement antéfléchi, est fortement adhérent à la paroi et non abaissé ; déchirure incomplète du périnée et prolapsus de la paroi vaginale postérieure.

Dans la thèse de Müller (1) il est fait mention d'une opération césarienne suivie de la mort de la mère. L'hystéropexie avait été faite par Hofmeier ; il avait suturé chaque ligament rond par un

(1) MUELLER, *Zur operativen Behandlung der Retroversio flexio*, Th. Wurzburg, 1896.

catgut et la face antérieure de l'utérus par 2. L'opération faite pour un prolapsus n'avait du reste pas guéri celui-ci.

La femme avait eu auparavant plusieurs accouchements normaux et bien qu'il n'y ait aucun détail, on est fondé à rapporter à la fixation la complication qui nécessita l'opération césarienne.

Bidone (1) a rapporté 5 cas d'accouchement après ventrofixation selon la méthode de Fritsch : 2 cas normaux ; 1 grossesse extra-utérine ; dans un 4^e cas, il y eut un avortement suivi d'une grossesse terminée par opération césarienne ; dans le 5^e cas, on fit une cœliotomie pour détruire les adhérences de l'utérus ; puis extraction du fœtus par les voies naturelles après crânioclasie. Donc 2 cas graves de dystocie. Nous n'avons pas pu nous procurer l'original.

Causes de la dystocie. — Dans presque toutes ces observations, on a constaté cliniquement ou *de visu* que l'utérus était fixé par des adhérences très solides ; dans presque toutes l'utérus avait été fixé par le fond ; on a pu s'en rendre compte soit par la description de l'hystéropexie, soit au moment de l'accouchement par la hauteur du fond et la situation des ligaments ronds. Depuis longtemps on admet que la cause de la dystocie réside dans la coexistence de la fixation basse et de l'adhérence solide. Certains cas sont très démonstratifs, celui de Gottschalk où, après 2 avortements, il y eut une grossesse et un accouchement sans trouble à la suite de rupture des adhérences utérines.

La vaginofixation a été faite un très grand nombre de fois en Allemagne, et a donné lieu, bien plus souvent que la ventrofixation, à des accouchements dystociques, souvent très graves. La plupart de ces cas ont de grandes ressemblances entre eux, si bien

(1) BIDONE, *Atti della Soc. ital. di ost. e. gin.*, 1898.

que quelques auteurs allemands leur ont donné le nom de « *vaginofixationsgeburt* », accouchement de vaginofixation.

Or les observations que nous avons lues nous ont rappelé tout à fait certains cas consécutifs à l'hystéropexie, particulièrement les cas de Noble et Norris. On en jugera par l'exemple suivant rapporté par Wertheim.

OBS. 17. — WERTHEIM (Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei Vaginofixirtem Uterus. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1896, n° 2).

La vaginofixation avait été faite par Wertheim qui s'était aperçu avant la grossesse que l'utérus était maintenu par une adhérence particulièrement solide.

Après la conception, la partie du vagin où avait été fixé l'utérus fut attirée en haut, de sorte qu'il se forma là une dépression infundibuliforme ; en même temps le col remontait vers le promontoire et au moment de l'accouchement il se trouvait au-dessus de lui.

Accouchement le 12 octobre ; l'utérus ne dépasse l'ombilic que d'une demi-paume ; par contre il est très étendu latéralement. Fœtus en position transverse, tête au-dessus de l'os iliaque droit. Battements du cœur fœtal au voisinage de l'ombilic.

Paroi antérieure du vagin étirée en niche ; col sorti du petit bassin, situé au-dessus du plan du détroit supérieur ; on ne l'atteint qu'en introduisant la main entière. Sa lèvre antérieure est relativement épaisse et rigide, tandis que de la lèvre postérieure il ne reste qu'une mince bordure ; elle semble confondue avec la paroi postérieure du vagin. Par la paroi vaginale antérieure on sent que l'utérus proémine peu dans le petit bassin ; on sent fort bien la cicatrice de fixation ; on sent aussi fort bien les ligaments ronds situés à 3-4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Malgré des douleurs violentes, l'accouchement n'avance pas ; le col ne s'efface que très lentement ; après 7 heures, il n'admet que deux doigts ; il semble se dévier encore plus en arrière et en haut ; la paroi antérieure de l'utérus s'enclave dans le petit bassin. On ne sent plus rien de la lèvre postérieure du col.

L'énorme distension de la paroi postérieure fit paraître urgent de terminer l'accouchement, bien que la poche des eaux fût intacte.

Anesthésie ; manœuvre de Braxton-Hicks ; il fut très difficile d'introduire un doigt dans l'utérus et de reconnaître un pied.

Traction continue par un poids sur le pied abaissé ; 3 heures plus tard le siège apparut et on fit l'extraction manuelle d'un fœtus vivant de 3.900 grammes.

On introduisit immédiatement la main dans l'utérus : la paroi antérieure était rigide et assez épaisse ; paroi postérieure très amincie, mais intacte ; l'amincissement remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on ne sent plus de lèvres postérieures. Délivrance sans hémorrhagie ; suites bonnes ; involution normale ; on sent encore la dépression en entonnoir de la paroi vaginale antérieure ; l'utérus fortement antéversé, ne peut être redressé et reste adhérent au cul-de-sac antérieur.

En remplaçant « vaginofixation » par ventrofixation et dépression infundibuliforme de la cicatrice vaginale par invagination de la cicatrice abdominale, cette observation sera un type de dystocie après hystéropexie abdominale.

Une observation de Dönhoff (1) est tout à fait semblable à celle de Wertheim, sauf que l'auteur fit l'opération de Porro. Mort de l'enfant.

Dans un cas de Ruhl (2), on retrouve les mêmes caractères de l'utérus, la même situation du col, etc. Mais dans ce cas la tête s'était engagée, avait déprimé la paroi antérieure et s'était placée entre le col et la symphyse.

Le fœtus était mort ; on fit sous le chloroforme la version podalique après avoir repoussé la tête ; mais le pied une fois abaissé,

(1) DONHOFF, Eine Porro'sche Operation indicirt durch vorhergegangene Vaginofixation. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, n° 3, 6 septembre.

(2) RUHL, Ueber Behandlung der Geburtsstörungen nach Vaginofixation. *Centralbl. f. Gynäk.*, 1896, p. 147.

on ne put pas encore extraire le fœtus ; il fallut faire une incision médiane sur la lèvre antérieure du col.

Dans le deuxième cas rapporté par Ruhl, la tête déprimait la paroi antérieure encore plus ; il y avait procidence du cordon. Dans ce cas, l'auteur n'ayant pu réduire la procidence ni faire la version, incisa la lèvre et la paroi antérieure sur une étendue de 8 centimètres et put alors facilement extraire un enfant vivant, pas d'hémorrhagie pendant l'incision. Délivrance spontanée ; pas d'hémorrhagie. L'épaisseur de la paroi antérieure variait de 1 à 1 1/2 cent.

Une circonstance un peu particulière dans ces deux cas est le refoulement de la paroi antérieure par la tête du fœtus ; dans un cas de Noble et un de Norris, les pieds étaient logés dans une cavité formée aux dépens de la paroi antérieure.

Chose remarquable, dans les deux cas de Ruhl, dans celui de Dönhoff, l'incision de l'utérus n'a donné lieu qu'à une hémorrhagie insignifiante ; la même chose a été constatée par Goubaroff et Rapin (*loc. cit.*), dans des cas d'opération césarienne après hystéropexie. Dans le cas de Dönhoff comme dans celui de Goubaroff, la section de l'adhérence fixant l'utérus a été suivie d'une hémorrhagie très notable.

Strassmann (1) a rapporté deux cas de dystocie à la suite de vaginofixation.

Dans l'observation de la femme H..., il y eut présentation de l'épaule ; 2 particularités : 1^o la paroi antérieure déprimée en poche logeait une épaule ; on fit la version podalique ; immédiatement après l'extraction du fœtus, il y eut une forte hémorrhagie qui s'arrêta de suite après la délivrance qui eut lieu 10 minutes

(1) STRASSMANN, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, t. XXXIII, p. 510 et *Archiv f. Gyn.*, 1876, t. L, p. 473.

après l'accouchement. C'est un des seuls cas où l'on ait signalé l'hémorrhagie. Du reste, cette observation est tout à fait semblable aux précédentes.

Dans la 2^e observation (femme Kr.), la paroi antérieure de l'utérus forme un cul-de-sac logeant la tête. On essaya d'attirer le col en bas et en avant ; mais la paroi vaginale se tendait tellement qu'on craignit de la déchirer ; d'autre part une sensibilité extrême de l'utérus à gauche faisait redouter une rupture. Sous le chloroforme, on ne put ni abaisser un bras pour faire l'embryotomie, ni amener la tête dans le col pour faire le broiement. Strassmann se décida pour la laparotomie. Il trouva un fœtus putréfié et fit le Porro. Mort peu de temps après.

L'examen de la pièce et l'autopsie montrèrent que l'utérus s'était développé surtout aux dépens de sa moitié droite ; au niveau de la fixation le muscle utérin était dilacéré.

Duhrssen lui-même a rapporté 2 cas de dystocie (1), qui semblent bien être de même nature que les précédents ; dans les 2 cas, on fit des incisions sur le col et termina dans le 1^{er} cas par version, dans le 2^e par application de forceps ; 2 enfants vivants.

Gessner (2) donne 2 observations où il fit la version podalique ; dans le 1^{er} enfant vivant ; dans le 2^e, il y avait placenta prævia central ; forte hémorrhagie arrêtée par la version. Mort de l'enfant. Accouchement spontané ; légère hémorrhagie qui s'arrête après la délivrance par expression.

L'observation 3 de Holh (3) est un fait de même nature, mais beaucoup moins grave.

(1) DUHRSSSEN, Société d'obs. et de gyn. de Berlin, 10 janv. 1896, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXIV.

(2) GESSNER, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, XXXV, 455.

(3) HOLH, Bericht ueber bo Vaginofixationen. *Archiv. f. Gynök.*, 1897, t. LII, p. 615.

En résumé les cas de dystocie consécutifs à la vaginofixation sont très semblables à ceux qui surviennent après l'hystéropexie abdominale. Mais dans le premier cas, la paroi antérieure de l'utérus est souvent déprimée vers le bassin, par la présentation ; le col est plus élevé, plus en arrière et surtout difficile à attirer en avant et en bas ; il en résulte que les interventions sont plus pénibles et souvent ne peuvent être faites qu'après division de la lèvre antérieure. Ce n'est pas là une différence absolue, puisque dans le cas de Noble et celui de Norris, nous avons vu une partie fœtale logée dans une cavité formée par la paroi antérieure de l'utérus ; et dans le cas de Noble il fut impossible de sortir un pied de cette cavité.

Pour tout le reste (état de l'utérus, du col, marche du travail, délivrance) il y a identité ; toutefois les cas graves sont plus fréquents après la vaginofixation.

L'existence de cette similitude n'est pas surprenante, si dans un cas l'utérus est fixé au vagin et dans l'autre à la paroi abdominale, dans les 2, les fils sont passés par le fond de l'organe (ou du moins aussi près que possible du fond dans la vaginofixation, Dührssen a montré que c'est là une condition essentielle de succès) ; dans les 2 cas il en résulte un abaissement du fond de l'utérus et une antéversion, marquée surtout après la vaginofixation.

Dans presque tous les cas de dystocie, on a noté la solidité de la fixation ; il semble donc que l'abaissement du fond et l'existence d'adhérences très fortes soient les conditions de dystocie ; la paroi utérine antérieure s'épaissira par la cicatrice et l'hypertrophie physiologique ; retenue par la fixation, elle ne pourra s'étendre en longueur et formera une tumeur qui obstruera plus ou moins le détroit supérieur ; elle ne pourra être refoulée que vers le petit bassin ; la paroi postérieure, faisant seule les frais de l'ampliation

utérine, s'amincira et se laissera distendre plus ou moins ; l'élévation de l'utérus sera gênée ; le col déjà porté en haut et en arrière par la fixation, accusera ce déplacement sous l'influence de la traction exercée par la paroi postérieure et sortira tout à fait de l'axe de la filière génitale.

Si dans tous les cas où sont réunies les deux conditions, abaissement du fond et adhérence solide, les troubles de l'accouchement ne sont pas identiques, c'est que la flexion et l'abaissement ne sont pas toujours également accusés, les adhérences ne sont pas également inextensibles, et que l'utérus présente une plasticité variable suivant les cas.

Il est certain que la fixation par le fond et surtout par la face postérieure est dangereuse ; mais on conçoit facilement qu'en suturant la face antérieure de l'utérus immédiatement au-dessus de la symphyse ou à plus forte raison à la symphyse même, on produise de même l'abaissement du fond et l'antéflexion ; les mêmes accidents peuvent survenir, sans doute moins graves. Il en fut ainsi dans le cas d'Olshausen rapporté page 50.

Mais il ne faudrait pas exagérer l'importance du lieu de la fixation. La nature de l'adhérence nous paraît avoir une valeur bien autre dans la production de la dystocie.

Alors que nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Gérard-Marchant, nous avons vu une femme qui après l'ablation des annexes, vit se produire peu à peu une induration étendue de la symphyse jusqu'à l'ombilic ; à mi-distance entre le nombril et le pubis, s'ouvrait une fistule donnant seulement un peu de liquide séreux et dans laquelle le stylet disparaissait tout entier. L'utérus, dont la lèvre antérieure était très dure, ne pouvait être délimité d'avec le plastron abdominal, il avait perdu toute mobilité.

Cet état durait depuis des mois. A 2 reprises cette femme eut une poussée subaiguë ; l'induration s'étendait alors et devenait un peu douloureuse. Ayant cru sentir une collection profonde, nous fîmes une incision de la paroi : tissus lardacés saignant à peine et pas de pus.

Nous croyons qu'à la suite de l'hystéropexie il se produit de temps en temps une induration pareille, mais plus limitée, quelquefois même limitée à l'utérus.

La tumeur signalée par quelques auteurs comme une masse musculaire ne nous paraît pas d'une nature bien différente ; en effet cette tumeur est toujours dure ; cela ne répond guère à une tumeur exclusivement musculaire.

De plus on trouve notées bien plus souvent la rigidité et l'épaisseur de la paroi antérieure.

Quand ce travail inflammatoire occupe la paroi utérine et la paroi abdominale, il y a fixation solide ; s'il se limite à l'utérus, il pourra se produire une tumeur de cet organe qui entraînera la dystocie sans que l'utérus soit solidement fixé. C'est ainsi que nous comprenons le cas suivant.

Obs. 18. — GIBERT, *l'Obstétrique*, 1897, p. 149.

Femme X..., 7 grossesses antérieures.

Hystéropexie par M. Pozzi le 1^{er} novembre 1895.

Ablation des annexes droites ; ignipuncture de l'ovaire gauche, fixation de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale par 2 crins passant immédiatement au-dessous de l'insertion des trompes. Suture à trois étages ; péritoine : muscle et aponeurose, tissu cellulaire et peau.

Quelques mois après, la femme fit une chute, et il survint une hernie ventrale à la suite. Dernières règles, 8 avril 1896 ; la femme entra à Necker en août à cause de vives douleurs dans le ventre. Un mois après elle fut reçue à la maternité de M. le Dr Budin.

Utérus de 8 mois, cicatrice de 8 centimètres interrompue en bas par une tuméfaction arrondie recouverte d'une peau mince.

Le palper est difficile ; sensation de flot ; ballottement fœtal dans le flanc gauche ; mouvements actifs.

La tuméfaction de la cicatrice est une entérocele réductible ; on peut, à travers le collet de la hernie, introduire un doigt et sentir qu'à ce niveau l'utérus n'est pas adhérent.

Il est difficile de savoir s'il est fixé à la partie supérieure de la cicatrice. Col très haut et en arrière. Position transversale de l'enfant. Accouchement le 5 mars 1897. Col très haut et en arrière ; poche des eaux en boudin ; 10 heures du soir, dilatation complète ; rupture spontanée des membranes ; présentation inclinée du sommet : on sent une oreille ; léger rétrécissement du bassin.

Une application de forceps échoue.

M. Budin examine la femme et sent du côté gauche un éperon énorme, très épais, au niveau du tiers inférieur de l'utérus ; la main exploratrice, ayant franchi cet éperon et dirigée vers le côté gauche, tombe dans un cul-de-sac très vaste, descendant bas, formé aux dépens de la paroi latérale gauche et de la paroi postérieure de l'utérus.

Dans ce cul-de-sac se trouvent une main, les pieds et le cordon ; les épaules sont au-dessus de l'éperon, la tête au-dessous de lui dans le canal vagino-cervical. M. Budin arriva avec beaucoup de peine à saisir un pied ; il avait fait coucher la femme sur le côté gauche pour faciliter cette manœuvre. Le cordon battait encore. Quand le pied fut amené dans le vagin, on y mit un lacs ; le siège descendit, puis le tronc ; on vit alors le cordon rompu à 8 centimètres de l'ombilic. Abaissement des bras, expression abdominale et manœuvre de Mauriceau. Mort apparente du fœtus. P. 4100.

Délivrance manuelle. M. Budin constata un éperon très épais. Pas d'hémorrhagie ; l'utérus revient sur lui-même ; il ne paraît adhérer en aucun point à la paroi abdominale.

Nous pensons qu'il faut attribuer la formation de cet éperon *épais* à l'hystéropexie, et nous concluons que si la fixation a une

importance, la réaction du tissu utérin en a une bien plus grande. Malheureusement nous ne pouvons pas la prévoir.

L'absence habituelle des hémorrhagies nous paraît facile à comprendre, l'utérus retenu par la fixation est gêné dans son développement ; mais une fois le fœtus expulsé, il n'y a plus d'obstacle à son involution. Il semble même que la rétraction soit provoquée par la fixation, d'une part les avortements et les accouchements prématurés ne sont pas rares, d'autre part on n'a pas eu d'hémorrhagies à la suite d'accouchements très longs où à un moment il y a eu inertie ; sitôt que l'utérus est vide, l'inertie disparaît.

2^e GROUPE D'OBSERVATIONS.

Obs. 19. — A. VON GUÉRARD. — Kœliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur (*Centralbl. f. Gyn.*, 1896, n^o 20).

III^e pare à terme. Douleurs depuis 20 heures. T. 38°9. P. 102. Dimensions du bassin normal. Rupture de la poche des eaux 17 heures avant. Dos à gauche ; petites parties pas senties. Bruits du cœur faibles et rapides. La cicatrice dans sa partie inférieure est élargie et pigmentée ; elle est fortement attirée vers la cavité abdominale sur une longueur de 5-6 centimètres pendant les douleurs, le toucher montre le col complètement dilaté et la tête engagée en OIGA.

Accouchements il y a 11 ans et 9 ans ; rien de particulier.

En 1891 ventrofixation, à cause de douleurs abdominales durant depuis des années et que l'opération ne fit pas complètement disparaître.

Au bout de 2 heures l'accouchement n'avancant pas malgré des douleurs assez fortes et les bruits du cœur devenant plus indistincts, le médecin traitant fit une application de forceps ; enfant cyanosé, en état de mort apparente et qui fut vite ranimé.

On s'aperçut que la femme perdait du sang d'une façon sinon abondante, du moins continue. Le palper montra un utérus gros et mou,

sans doute rempli de sang. L'expression expulsa avec le placenta une quantité extraordinaire de caillots noirs. Massage de l'utérus et injections chaudes sans succès ; un essai de ligature des utérines échoua à cause de la profondeur du vagin ; la compression de l'aorte ne pouvait être faite à cause de la résistance de la paroi. Pouls filiforme, à peine sensible.

Laparotomie après tamponnement vaginal ; incision le long du bord droit de la cicatrice ; épiploon adhérent sur une petite surface à l'utérus ; en sectionnant la paroi sur le côté gauche de la cicatrice, il y eut une hémorrhagie venant d'un hématome formé au niveau du fond sous le péritoine. On attira l'utérus et on excisa l'adhérence sous forme d'un coin assez large comprenant une partie du muscle utérin ; on constata une déchirure irrégulière de la paroi musculaire au niveau de l'hématome ; cette déchirure n'ouvrait pas la cavité utérine.

Suture de l'utérus et de la paroi.

L'hémorrhagie est arrêtée.

Guérison sans incident.

Huit semaines après, utérus involué, normalement antéfléchi.

En faisant le massage v. Guérard avait la sensation que l'utérus était empêché dans sa rétraction par l'adhérence. On trouva dans celle-ci des fils de soie.

Dans cette observation l'utérus avait sa hauteur normale ; le col n'était pas particulièrement déjeté en arrière, mais haut (vagin profond) ; l'auteur n'aurait pas manqué de le signaler. Le col était entièrement dilaté. L'adhérence très large et solide n'occupait pas le fond de l'utérus, mais la face antérieure. Le fœtus n'était pas en présentation vicieuse. Il y a eu hémorrhagie abondante (caillots) et continue qu'on ne peut attribuer à la déchirure, puisque celle-ci n'ouvrait pas l'utérus. Cette observation n'a de commun avec celles du premier groupe que l'inefficacité des douleurs.

Il est regrettable que le procédé opératoire employé ne soit pas indiqué dans l'observation.

OBS. 20. — STRASMANN (*Arch. f. Gynæk.*, t. 50, p. 473).

L'observation suivante nous paraît devoir être rapprochée de celle de v. Guérard.

Femme K..., 36 ans, V. pare. Forceps à plusieurs accouchements.

23 mars 1893. — Duhrssen lui fit un curettage, puis la laparotomie. Ablation de l'ovaire droit pour kyste hématique. L'utérus rétroversé est fixé par 3 catguts à l'angle inférieur de la plaie.

11 avril 1893. — Utérus contre la paroi abdominale, plus haut que la cicatrice. En mai l'utérus est en élévation et antéposition contre la paroi abdominale. Dernières règles en juin 1894. Grossesses sans troubles.

Le 5 mars 1895, légères douleurs ; plus fortes le 7 mars. 2^e position du sommet ; tête ballottant au-dessus du bassin. Orifice du col dilaté comme 5 fr. Douleurs vives.

Le 8. — 7 heures du matin, rupture des membranes ; tête mobile au détroit supérieur ; petite fontanelle à droite et en arrière. Dilatation complète. Lèvre antérieure pendante dans le vagin. Douleurs très fortes.

Cicatrice de la laparotomie de 9 centimètres ; elle s'invagine pendant les douleurs ; la peau est complètement adhérente au niveau de la cicatrice.

A 11 heures, la tête est un peu engagée dans le bassin.

On fait une application de forceps pour épargner la cicatrice et l'utérus (tête en occipitale antérieure). Enfant vivant ; 53 cent. ; circonférence de la tête 36.

Peut-être un léger degré de rétrécissement du bassin. Après l'extraction, hémorrhagie assez abondante.

Expression et délivrance 25 minutes après ; l'involution de l'utérus est défectueuse ; le point le plus élevé est à 11 centimètres au-dessus de la symphyse ; l'utérus se remplit continuellement de sang ; il faut continuellement stimuler par des frictions l'utérus qui est manifestement retenu par la fixation ; à travers les muscles droits écartés, on sent un tractus épais allant de la paroi à l'utérus. Au bout d'une heure, pansement compressif refoulant la paroi abdominale et l'utérus vers le bassin. Cessation de l'hémorrhagie. Pouls petit à 96, t. 37°.

Seize semaines après l'accouchement, le col de l'utérus est très en avant ; le corps est fixé par un tractus qu'on sent très bien. La cicatrice est solide.

Dans ce cas, l'utérus était situé très haut ; le col était haut mais en avant.

La tête ne s'est pas engagée facilement, à cause du léger rétrécissement peut-être.

Nous avons trouvé dans la thèse de Piras (Paris, 1896) deux cas qui nous semblent être des atténuations des deux observations précédentes.

CAS n° 81. — Femme M..., 34 ans. 3 accouchements, à partir du 3°, douleurs, règles irrégulières, pertes, ténésme rectal et vésical.

10 janvier 1895. — Hystéropexie par M. Routier ; fixation par 3 fils placés au-dessous de l'insertion des trompes.

Dernières règles : mi-avril 1895.

Accouchement le 18 janvier 1896, après 12 heures de travail, en ville. Elle avait été examinée à la maternité Budin où la sage-femme avait constaté la position élevée de la tête.

Hémorrhagie de la délivrance pas très abondante, mais durable.

Dix jours après l'accouchement, elle entra dans le service de M. Bonnaire : l'involution de l'utérus n'est pas complète ; l'utérus est fixé à la paroi ; le col très haut.

CAS n° 78. — Femme R..., 28 ans, multipare. Rétroflexion douloureuse avec règles peu abondantes, fleurs blanches.

Hystéropexie le 3 février 1894, par MM. Peyrot et Guinard. Incision 12 centimètres ; fixation à la paroi par trois fils. Amélioration considérable.

Dernières règles fin juillet 1894. Vomissements et maux d'estomac pendant la grossesse. Accouchement à terme le 24 mars 1895. On fit une application de forceps parce que le travail était lent et les contractions faibles.

Pertes pendant quinze jours après l'accouchement.

Fixation intacte.

Nous pensons que ces cas doivent être interprétés de la façon suivante : l'utérus a été fixé par sa face antérieure en un point élevé au-dessus de la symphyse ; aussi trouve-t-on le col haut et en avant ; l'amplication de l'utérus n'est pas entravée, parce que le fond est libre et l'utérus haut placé ; quand le fœtus a été expulsé, l'utérus retenu par la fixation ne peut se rétracter et alors se produit l'hémorrhagie ; naturellement il faut que l'adhérence soit solide.

Ces cas sont le contraire de ceux du premier groupe ; dans celui-ci, fixation basse, présentation vicieuse, pas d'hémorrhagie ; dans celui-là, fixation haute, présentation normale ; hémorrhagie.

Toutefois cela n'est vrai que pour les cas extrêmes ; il y a sans doute des cas intermédiaires et nous citerons ici une observation de Frommel (1) ; l'utérus était bien fixé ; il y eut présentation du siège, mode des pieds ; l'accouchement se fit très vite ; il y eut une petite hémorrhagie de la délivrance ; le 10 juin, l'utérus est involué et on sent très bien un tractus large de 2 travers de doigt, reliant le fond de l'utérus à la paroi.

Remarque importante, dans tous les cas de complications graves, l'utérus avait été fixé directement ; sauf les cas de Sænger (avortement) l'opération d'Olshausen ne paraît pas avoir donné lieu à des troubles de la grossesse et de l'accouchement.

Dans certains cas, les accidents manifestement ne sont pas dus à l'hystéropexie.

Ainsi dans le cas de Cholmogoroff (2), on avait fait l'hystéro-

(1) FROMMEL, Zur operativen Behandlung der Retrodeviationen von der Bauchhöhle aus. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XXXVII, p. 291.

(2) CHOLMGOROFF, Geburtsverlauf u weitere Beobachtungen nach einer ventrofixatio uteri. *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 24.

pexie et une colpopérinéorrhaphie pour prolapsus total ; le travail marcha vite ; la tête fut arrêtée par le périnée très résistant ; on fit 3 incisions à la vulve et on termina l'accouchement au forceps ; il y eut une légère hémorrhagie de la délivrance qu'on ne put guère attribuer à l'hystéropexie, car après l'accouchement il fut impossible de sentir une adhérence.

Dans un cas de Lindfors (hystéropexie par prolapsus) il y avait rigidité du col ; on y fit 3 incisions et on termina facilement par le forceps un accouchement gémellaire. Les incisions du col donnèrent lieu à une hémorrhagie assez abondante.

Dans un cas de Condamin (1) le travail fut très long ; la tête descendit dans le bassin OI DT. avec inclinaison marquée sur le pariétal postérieur. On termina l'accouchement par une application de forceps ; délivrance spontanée sans hémorrhagie. Diamètre sous-pubien 10 1/2 ; il est vrai que la femme n'était pas à terme (8^e mois).

Dans l'observation de Rapin, il y avait bassin rachitique généralement petit ; les accouchements antérieurs avaient été terminés par forceps ; une fois accouchement prématuré artificiel. Du reste il n'y eut pas dystocie dans ce cas, puisque l'opération césarienne fut faite dès le début du travail, le résultat en fut d'ailleurs excellent.

Action de l'hystéropexie exécutée pendant la grossesse.

Quand l'hystéropexie est pratiquée dans le cours de la grossesse, il y a tantôt avortement, tantôt aucun retentissement.

(1) CONDAMIN, *Lyon médical*, 1896, p. 437, Eugénie M...

Sænger (1) rapporte un cas où Kuestner fit une myomectomie et fit l'hystéropexie en fixant la poche qui contenait la tumeur contre la paroi. Avortement.

Loehlein (2) a fait une opération tout à fait analogue à celle de Kuestner (myomectomie et fixation de la poche contre la paroi abdominale). Avortement le jour suivant.

Jacobs (3), dans un cas de pyosalpingite ancienne avec rétroflexion adhérente, tenta sans succès de redresser l'utérus gravide par la laparotomie. Il y eut avortement ; mais il était déjà menaçant avant la tentative d'hystéropexie.

Piras rapporte plusieurs cas dans sa thèse (Obs. 84) ; Thiriar : hystéropexie pour prolapsus ; évolution normale de la grossesse (Obs. 85 Belin), analogue à la précédente (Obs. 86 Malherbe).

Dans un cas de Howitz et Meyer, on fit dans les premières semaines de la grossesse l'ablation bilatérale des annexes ; on fixa l'utérus à la paroi par le pédicule gauche. Grossesse et accouchement normaux.

Noble (4) cite une malade de Henry Fry, opérée pendant le 1^{er} mois de la grossesse ; quatre mois après, grossesse normale.

Dans les 3 premiers cas où il y a eu avortement, il s'agissait d'interventions assez graves ; de plus la susceptibilité individuelle est très variable. Mais à part le cas de nécessité absolue, il est préférable de remettre l'opération après l'accouchement.

(1) SÆNGER, *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n° 16.

(2) LOEHLEIN, *Deut. med. Wochensh.*, 1894, p. 541.

(3) JACOBS, *Policlinique de Bruxelles*, 1896, p. 549.

(4) NOBLE, *Am. J. of obst.*, 1896, p. 161.

Influence de l'accouchement sur la fixation.

Sous l'influence de la grossesse et de l'accouchement, l'adhérence de l'utérus devient plus lâche et même peut disparaître.

Flaischlen(1). Accouchement en novembre 1891 ; on sent nettement un tractus fixateur ; en 1893 : 2^e accouchement ; la fixation est moins nette. En 1894, on ne sent plus de bride ; mais l'utérus mis en rétroversion revient immédiatement en avant.

Dans d'autres cas, il y a après la ventrofixation un avortement puis une grossesse à terme, tels sont un cas de Sænger, l'observation 51 de Buschlek, une observation de Schacht (obs. 68, thèse Piras). Même quand il n'y a pas de grossesse, les adhérences dans quelques cas se sont étirées peu à peu. Mais il n'y faut pas compter, et croire qu'au bout d'un certain temps, tout accident dystocique serait sûrement évité.

(1) FLAISCHLEN (obs. 5). Opération en mai 1890.

CONCLUSIONS

I. — L'hystéropexie abdominale amène d'une façon presque constante la correction durable des rétrodéviations de l'utérus.

II. — Dans le traitement des prolapsus, elle n'est qu'une opération complémentaire, rarement indiquée.

Pourtant elle a produit la guérison durable de prolapsus accompagnant des tumeurs abdominales (kystes de l'ovaire).

III. — L'utérus est maintenu dans sa nouvelle position tantôt par les fils seulement, tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) par des adhérences très variables suivant les cas.

IV. — La production des adhérences a pour cause principale une infection de degré très variable, souvent très atténuée.

Il ne faut pas employer de fils non résorbables, par crainte de provoquer une fixation dangereuse.

V. — Le résultat fonctionnel est généralement satisfaisant.

Dans le traitement des rétroflexions mobiles l'hystéropexie nous paraît aussi acceptable que l'opération d'Alexander, parce qu'elle n'est pas plus dangereuse, qu'elle expose moins à la récurrence et permet de se rendre compte de l'état des annexes.

VI. — Les complications consécutives à l'hystéropexie ne lui appartiennent pas en propre, exception faite pour l'hystéropexie sans laparotomie qui doit être absolument proscrite.

VII. — Loin de mettre obstacle à la conception, elle la favorise.

VIII. — Les troubles de la grossesse, après hystéropexie, paraissent résulter d'une fixation trop solide de l'utérus.

IX. — Les accidents et complications de l'accouchement ne sont pas tous dus à l'hystéropexie.

Ceux qui en dépendent forment deux groupes : dans le premier, présentations vicieuses nécessitant des interventions souvent graves ; dans le deuxième, accouchement normal à peu près ; hémorrhagies de la délivrance et du post-partum.

Dans les deux cas, l'utérus est fixé par des adhérences très solides ; mais dans le premier, le fond est abaissé, dans le deuxième, il est élevé.

X. — Les accidents sont donc dus à une fixation trop forte et trop haute ou trop basse.

Mais nous croyons que le rôle le plus important revient à la modification de la paroi utérine au point de la fixation ; qu'elle peut entraîner la dystocie, même si l'utérus n'est pas solidement attaché à la paroi.

XI. — L'opération d'Olshausen ne semble pas entraîner de troubles de l'accouchement.

Nous pensons que les autres procédés d'hystéropexie doivent être abandonnés par celui-là.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. LE DENTU.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Résultat anatomique de l'hystéropexie.	7
§ 1.— Constatation clinique du résultat anatomique dans le traitement des rétrodéviations	7
§ 2.— Constatation clinique du résultat dans le traitement des prolapsus.	10
§ 3.— Constatation directe du résultat anatomique. Causes qui provoquent la formation des adhérences.	15
CHAPITRE II. — Résultat fonctionnel de l'hystéropexie. Comparaison avec l'opération d'Alexander.	25
CHAPITRE III. — Complications et troubles fonctionnels à la suite de l'hystéropexie	35
CHAPITRE IV. — Influence de l'hystéropexie sur la conception, la grossesse et l'accouchement	40
A. Influence sur la conception	40
B. Influence sur la grossesse	42
C. Influence sur l'accouchement.	43
1 ^{er} Groupe d'observations : présentations vicieuses. Comparaison avec les cas de dystocie dus à la vaginofixation. Cause de la dystocie.	44
2 ^e Groupe d'observations : hémorragies. Causes. Accidents non imputables à l'hystéropexie.	64
Action de l'hystéropexie faite dans le cours de la grossesse	69
Action de la grossesse sur la fixation	71
CONCLUSIONS.	73

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
